

*Alternativ-
medicin* 1



Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2014



National Library
of Sweden

**alternativmedicin-
kommittén**

SOU 1989:60

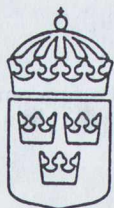
*Alternativ-
medicin* 1



Huvudbetänkande från alternativmedicin- kommittén

SOU 1989:60

Ref



Statens offentliga utredningar
1989:60
Socialdepartementet

Alternativmedicin 1

Huvudbetänkande från alternativmedicin- kommittén

Alternativmedicinkommittén
Stockholm 1989

Allmänna Förlaget har utgivit en bibliografi över SOU och Ds som omfattar åren 1981—1987. Den kan köpas från förlagets Kundtjänst, 106 47 STOCKHOLM. Best. nr. 38-12078-X.

Beställare som är berättigade till remisseexemplar eller friexemplar kan beställa sådana under adress:

Regeringskansliets förvaltningskontor

SOU-förrådet

103 33 STOCKHOLM

Tel: 08/763 23 20 Telefontid 8⁰⁰—12⁰⁰ (externt och internt)

08/763 10 05 12⁰⁰—16⁰⁰ (endast internt)

Produktion Allmänna Förlaget
Omslag ALLF/AD Hans Bergman

ISBN 91-38-10389-3

ISSN 0375-250X

Svenskt Tryck Stockholm 1989 933358

Detta betänkande består av fyra böcker. Dessa är:

- Alternativmedicin 1 **Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén**
- Alternativmedicin 2 **Hälsohem**
- Alternativmedicin 3 **Alternativa terapier i Sverige**
- Alternativmedicin 4 **Värdering av alternativmedicinska teknologier**

Detta bolnämnde består av fyra bolnämndar:

- Alternativmedicin 1 - Alternativmedicin för barn och ungdomar
- Alternativmedicin 2 - Herbalmedicin
- Alternativmedicin 3 - Alternativmedicin för äldre
- Alternativmedicin 4 - Vård av ett specifikt område

Till statsrådet och chefen för socialdepartementet

Genom beslut den 20 december 1984 bemyndigade regeringen statsrådet Sigurdsen att tillkalla en kommitté med högst fem ledamöter med uppdrag att se över frågor kring alternativ medicin m.m. Med stöd av bemyndigandet förordnades samma dag riksdagsledamöterna Aina Westin, Ingrid Andersson och Blenda Littmarck, landstingsrådet Stig Andersson och f.d. riksdagsledamöten Anders Gernandt att ingå i kommittén. Westin utsågs till ordförande.

I utredningsarbetet har som sakkunniga deltagit: sektionschefen Marianne Boivie, Landstingsförbundet, professorn Harry Boström, Svenska Läkaresällskapet (fr.o.m. 1988-01-15), departementssekreteraren Birgitta Bratthall, socialdepartementet (fr.o.m. 1985-08-20), f.d. avdelningschefen Viking Falk, socialstyrelsen, direktören Åke Färnlöf, Hälsoinstrådet, akupunktören Carl-Erik Lönnblom, Kommittén för alternativ medicin, KAM, kanslirådet Helena Starup (t.o.m 1985-08-20) och professorn Rolf Öhman, Svenska Läkaresällskapet (t.o.m. 1988-01-15).

Experter i utredningen har varit: avdelningsdirektören Birgitta Baltzar, konsumentverket, kanslichefen Ulrika Croné, SHSTF (t.o.m. 1985-05-28), avdelningsdirektören Björn Forsberg (fr.o.m. 1988-02-01), docenten Thomas Ihre, Sveriges läkarförbund, hovrättsassessorn Lars-Åke Johnsson (fr.o.m. 1988-02-15), professorn Lars G Nilsson, sektionschefen Marika Raftell, universitets- och högskoleämbetet (fr.o.m. 1987-10-21) samt förbundsjuristen Ylva Ronne, SHSTF (fr.o.m. 1985-05-28).

Sekreterare har varit avdelningsdirektören Björn Forsberg (t.o.m. 1988-01-31) och byråchefen Nils Östby. Utredaren Motzi Eklöf har biträtt kommittén fr.o.m. den 15 januari 1987. Hovrättsassessorn Lars-Åke Johnsson har ingått i sekretariatet fr.o.m. den 15 februari 1988.

Kommittén har antagit namnet alternativmedicinkommittén.

Kommittén får härmed överlämna sitt huvudbetänkande (SOU 1989:60). Till betänkandet hör bilagorna Hälsohem (SOU 1989:61), Alternativa terapier i Sverige (SOU 1989:62) samt Värdering av alternativmedicinska teknologier (SOU 1989:63).

Särskilda yttranden har avlämnats av de sakkunniga Marianne Boivie, Harry Boström och Viking Falk samt experterna Birgitta Baltzar, Thomas Ihre, Lars G Nilsson och Ylva Ronne.

Med överlämnandet av detta betänkande är alternativmedicinkommitténs uppdrag slutfört.

Stockholm i augusti 1989

Aina Westin

Ingrid Andersson

Stig Andersson

Anders Germandt

Blenda Littmarck

/Nils Östby

Östby Nils den 20 december 1984 benytts som medlem i kommittén för att utvärdera den forskning som rör alternativmedicin i Sverige. Han har varit verksam inom området sedan 1970-talet och har varit verksam inom området sedan 1970-talet. Han har varit verksam inom området sedan 1970-talet och har varit verksam inom området sedan 1970-talet.

Blenda Littmarck är verksam inom området sedan 1970-talet och har varit verksam inom området sedan 1970-talet. Hon har varit verksam inom området sedan 1970-talet och har varit verksam inom området sedan 1970-talet.

Nils Östby är verksam inom området sedan 1970-talet och har varit verksam inom området sedan 1970-talet. Han har varit verksam inom området sedan 1970-talet och har varit verksam inom området sedan 1970-talet.

Anders Germandt är verksam inom området sedan 1970-talet och har varit verksam inom området sedan 1970-talet. Han har varit verksam inom området sedan 1970-talet och har varit verksam inom området sedan 1970-talet.

Ingrid Andersson är verksam inom området sedan 1970-talet och har varit verksam inom området sedan 1970-talet. Hon har varit verksam inom området sedan 1970-talet och har varit verksam inom området sedan 1970-talet.

Aina Westin är verksam inom området sedan 1970-talet och har varit verksam inom området sedan 1970-talet. Hon har varit verksam inom området sedan 1970-talet och har varit verksam inom området sedan 1970-talet.

Stig Andersson är verksam inom området sedan 1970-talet och har varit verksam inom området sedan 1970-talet. Han har varit verksam inom området sedan 1970-talet och har varit verksam inom området sedan 1970-talet.

Innehåll

| | |
|--------------------------------------|----|
| Ord och begrepp | 13 |
| Sammanfattning | 15 |
| Summary | 25 |
| Författningsförslag | 37 |
| Kommitténs uppdrag och arbete | 41 |

DEL I ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG

| | |
|---|----|
| 1 Utgångspunkter för kommitténs överväganden och förslag | 47 |
| 1.1 Ett förändrat synsätt | 47 |
| 1.2 Orsaker till användningen av alternativ medicin | 48 |
| 1.3 Värdet av alternativ medicin | 49 |
| 1.4 Patientens behov, valfrihet och säkerhet | 50 |
| 1.4.1 Patientens behov och valfrihet | 50 |
| 1.4.2 Vilka och hur stora är riskerna med alternativ behandling | 51 |
| 1.4.3 Kan man minimera riskerna och öka säkerheten? | 52 |
| 1.4.4 Några etiska problem | 53 |
| 1.5 Den alternativa medicinens utveckling | 54 |
| 1.5.1 En ständigt fortgående förändring | 54 |
| 1.5.2 Kommer den alternativa medicinen att öka eller minska? | 56 |
| 2 Alternativ medicin inom hälso- och sjukvården | 57 |
| 2.1 Rättsläget | 57 |
| 2.1.1 Gällande lagstiftning | 57 |
| 2.1.2 Socialstyrelsens regler | 59 |
| 2.1.3 Rättspraxis | 59 |
| 2.1.4 Sammanfattning | 60 |
| 2.2 Den medicinska debatten | 61 |
| 2.3 Överväganden och förslag | 61 |

| | | |
|----------|--|----|
| 3 | Den alternativa medicinen utanför hälso- och sjukvården | 65 |
| 3.1 | Inledning | 65 |
| 3.2 | Den allmänna kontrollen över verksamhet på hälso- och sjukvårdens område | 66 |
| 3.2.1 | Bakgrund | 66 |
| 3.2.2 | Kraven på den alternativmedicinska verksamheten | 67 |
| 3.2.3 | Kontrollens inriktning | 68 |
| 3.2.4 | En ökad kompetens | 69 |
| 3.3 | Inskränkningar i rätten att undersöka och behandla | 72 |
| 3.3.1 | Inledning | 72 |
| 3.3.2 | Behov av inskränkningar | 72 |
| 3.3.3 | Några sjukdomstillstånd | 73 |
| 3.3.4 | Några undersöknings- och behandlingsmetoder m.m. | 74 |
| 3.3.5 | Undersökning och behandling av barn | 75 |
| 3.4 | Bättre kontakter mellan den etablerade och den alternativa medicinen | 77 |
| 4 | Diskussion om nya yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården | 81 |
| 4.1 | Inledning | 81 |
| 4.2 | Kriterier för legitimation m.m. | 81 |
| 4.3 | Kiropraktorerna och kiropraktorutbildningen | 82 |
| 4.3.1 | Utövare av kiropraktik | 82 |
| 4.3.2 | Skandinaviska Chiropraktorskolan | 83 |
| 4.3.3 | Överväganden och förslag | 84 |
| 4.4 | Naprapaterna och naprapatin | 84 |
| 4.4.1 | Vad är naprapati? | 84 |
| 4.4.2 | Verksamheten | 84 |
| 4.4.3 | Utbildning | 85 |
| 4.4.4 | Granskning av utbildningen | 86 |
| 4.4.5 | Vetenskaplig utvärdering | 86 |
| 4.4.6 | Naprapatfrågan i riksdagen | 87 |
| 4.4.7 | Överväganden och förslag | 87 |
| 4.5 | Övriga grupper | 89 |
| 5 | Hälsohem | 91 |
| 5.1 | Inledning | 91 |
| 5.2 | Sammanfattning av expertgruppens rapport | 92 |
| 5.2.1 | Behandlingsverksamheten | 92 |
| 5.2.2 | Hälsovårdhem | 93 |
| 5.2.3 | Patientens motivation bör vara den primära förutsättningen för hälsohemsbehandling | 93 |
| 5.2.4 | Personal vid hälsohem | 93 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 5.2.5 | Landstingsremisser | 94 |
| 5.2.6 | Forskning, utveckling, utvärdering | 94 |
| 5.2.7 | Ekonomi, ersättningsfrågor | 95 |
| 5.2.8 | Kontroll och tillsyn | 95 |
| 5.3 | Socialstyrelsens hälsohemsutredning | 95 |
| 5.4 | Alternativa terapier | 96 |
| 5.5 | Överväganden och förslag | 97 |
| 6 | Naturmedel m.m. | 101 |
| 6.1 | Naturmedel i allmänhet | 101 |
| 6.1.1 | Inledning | 101 |
| 6.1.2 | Bakgrund | 102 |
| 6.1.3 | Det nuvarande sortimentet och den nuvarande användningen | 105 |
| 6.1.4 | Den gällande kontrollen | 109 |
| 6.1.5 | Önskemål om en förändrad kontroll | 112 |
| 6.1.6 | Överväganden och förslag | 113 |
| 6.2 | Naturmedel som innehåller alkohol | 116 |
| 6.3 | Antroposofiska medel | 118 |
| 6.3.1 | Inledning | 118 |
| 6.3.2 | Begreppet antroposofiska läkemedel | 119 |
| 6.3.3 | Nuvarande möjligheter att tillhandahålla antroposofiska läkemedel | 120 |
| 6.3.4 | Överväganden och förslag | 121 |
| 7 | Forskning, utveckling, utvärdering | 125 |
| 7.1 | Inledning | 125 |
| 7.2 | Motiv för forskning inom alternativ medicin | 126 |
| 7.3 | Varför saknas forskning om alternativa behandlingsmetoder? | 127 |
| 7.4 | Utgångspunkter för forskning om alternativ medicin | 128 |
| 7.5 | Värdering av medicinsk teknologi | 131 |
| 7.6 | Den internationella forskningen om alternativmedicin | 132 |
| 7.7 | Den svenska forskningen om alternativmedicin | 133 |
| 7.7.1 | Forskningsstödjande organ | 134 |
| 7.7.2 | Forskning publicerad i Tidskrift för Biologisk Medicin | 135 |
| 7.7.3 | Inom alternativmedicinkommittén initierad forskning | 136 |
| 7.7.4 | Ytterligare studier och forskningsinsatser | 136 |
| 7.8 | Kommitténs bedömning av värdet av vissa enskilda alternativa terapier | 136 |
| 7.9 | Överväganden och förslag beträffande angelägna forskningsområden | 137 |
| 7.9.1 | Forskning om alternativmedicinsk behandling | 138 |
| 7.9.2 | Forskning om den alternativa vårdpraktiken | 139 |
| 7.9.3 | Forskning om alternativmedicinens utbredning | 140 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 7.9.4 | Forskning kring alternativmedicin som del av hälso- och sjukvård | 140 |
| 7.10 | Överväganden och förslag angående finansiering och organisation | 140 |
| 8 | Myndigheternas uppgifter | 143 |
| 8.1 | Inledning | 143 |
| 8.2 | Myndigheternas författningenliga uppgifter | 144 |
| 8.2.1 | Socialstyrelsens handläggning av kvacksalverlärenden | 145 |
| 8.3 | Uppgifter för myndigheterna enligt kommitténs förslag | 146 |
| 8.4 | Övriga myndighetsuppgifter | 146 |
| 8.4.1 | Kommunikation, information, utbildning | 146 |
| 8.4.2 | Organ för kontakt och rådgivning m.m. | 147 |
| 8.5 | Överväganden och förslag | 148 |
| 8.5.1 | Registrering | 149 |
| 8.5.2 | Kommunikation, information och utbildning | 150 |
| 8.5.3 | Marknadsföring av alternativmedicinska yrkesutövare | 150 |
| 8.5.4 | Kunskapsutveckling och kunskapsförmedling | 151 |
| 9 | Ekonomiska konsekvenser av kommitténs förslag | 153 |
| 10 | Några författningsfrågor | 155 |
| 10.1 | De gällande bestämmelserna om alternativmedicinsk verksamhet | 155 |
| 10.1.1 | Verksamhet inom hälso- och sjukvården | 155 |
| 10.1.2 | Verksamhet som mot ersättning bedrivs utanför hälso- och sjukvården | 156 |
| 10.1.3 | Övrig verksamhet | 156 |
| 10.1.4 | Produktkontrollen m.m. | 156 |
| 10.2 | Kommitténs uppdrag i fråga om normgivningen | 157 |
| 10.3 | Anpassning till nyare hälso- och sjukvårdslagstiftning | 157 |
| 10.4 | Den nya lagstiftningens omfattning och inriktning | 157 |
| 11 | Specialmotivering | 159 |
| 11.1 | Förslaget till lag om alternativmedicinsk verksamhet m.m. | 159 |
| 11.2 | Förslaget till lag om ändring i läkemedelsförordningen (1962:701) | 166 |

DEL II BAKGRUND/KARTLÄGGNING

| | | |
|-----------|---|-----|
| 12 | Vad är alternativ medicin? | 167 |
| 12.1 | Folkmedicin och skolmedicin | 167 |
| 12.1.1 | Folkbotare och läkare | 168 |
| 12.1.2 | Senare utveckling av hälso- och sjukvård | 171 |
| 12.2 | Alternativa terapier kommer till Sverige | 172 |
| 12.3 | Alternativ medicin i Sverige i dag | 174 |
| 12.3.1 | En översikt | 175 |
| 12.3.2 | Några vanliga alternativa terapiformer Akupunktur – Kiropraktik – Naprapati – Homeopati – Zonterapi – Biologisk medicin och örtmedicin – Antroposofisk medicin – Meditation | 181 |
| 13 | Utövare av alternativa behandlingsmetoder | 191 |
| 13.1 | Utövare av alternativ terapi inom etablerad och alternativ vård | 191 |
| 13.1.1 | Hälso- och sjukvårdspersonal | 191 |
| 13.1.2 | Alternativa behandlare | 194 |
| 13.2 | De alternativa terapeuterna | 194 |
| 13.2.1 | Verksamhetens omfattning | 195 |
| 13.2.2 | Bakgrund och utbildning | 197 |
| 13.2.3 | Organisering och kompetenskrav | 198 |
| 13.2.4 | Förhållandet till den etablerade vården | 200 |
| 14 | Allmänhetens erfarenheter av alternativ medicin | 201 |
| 14.1 | Erfarenheter av alternativ medicin bland befolkningen – rikstäckande undersökningar | 201 |
| 14.1.1 | Levnadsnivåundersökningarna (ULF) | 201 |
| 14.1.2 | Arbetskraftsundersökningen (AKU) | 202 |
| 14.1.3 | Alternativmedicinkommitténs enkätunder- sökning | 203 |
| 14.1.4 | Några framträdande undersökningsresultat | 206 |
| 14.2 | Regionala patientundersökningar | 206 |
| 14.2.1 | Stockholm | 206 |
| 14.2.2 | Skaraborg | 206 |
| 14.2.3 | Marks kommun | 207 |
| 14.2.4 | Göteborg | 207 |
| 15 | Alternativ medicin i andra länder | 209 |
| 15.1 | Världshälsoorganisationen (WHO) | 209 |
| 15.2 | Europarådet | 210 |
| 15.3 | Icke-konventionella behandlingsmetoder i några europeiska länder samt USA | 211 |
| 15.3.1 | Norge | 211 |
| 15.3.2 | Danmark | 212 |
| 15.3.3 | Finland | 212 |
| 15.3.4 | Storbritannien | 213 |

| | | |
|--------|----------------------------------|-----|
| 15.3.5 | Västtyskland | 214 |
| 15.3.6 | Schweiz | 215 |
| 15.3.7 | Nederländerna | 216 |
| 15.3.8 | USA | 217 |
| 15.4 | Medicinska system i andra länder | 217 |
| 15.4.1 | Indien | 217 |
| 15.4.2 | Kina | 218 |

| | |
|----------------------------|-----|
| Särskilda yttranden | 221 |
|----------------------------|-----|

| | | |
|---------------|------------------|-----|
| Bilaga | Kommittédirektiv | 235 |
|---------------|------------------|-----|

Ord och begrepp

ALTERNATIV MEDICIN. Åtgärder som syftar till att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador och som inte har godtagits i hälso- och sjukvården.

EGENVÅRD. Den vård en person ger sig själv utan hjälp av sjukvårdspersonal. Egenvården kan omfatta förebyggande, diagnostiska och behandlande åtgärder.

EPIDEMIOLOGI (av grekiska epi = på och demos = folk; epidemios = bland folket, kringspridd, vanlig). Studiet av sjukdomars utbredning i befolkningen och deras samband med de yttre förhållanden som omger individen och bestämmer hans levnadsvanor.

ETABLERAD MEDICIN. Här benämning på den medicinska verksamhet som är godtagen inom hälso- och sjukvården.

FRISKVÅRD. Samlingsbegrepp för åtgärder som stimulerar en person till egna aktiva hälsofrämjande insatser som viktigt komplement till samhällets insatser för bättre hälso-, sjuk- och miljövård.

HÄLSOHEM. Institution som i sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande syfte, och i vissa fall även för behandling och rehabilitering, bedriver verksamhet med framför allt vegetarisk kost, fasta, motion, spänningsreducerande aktiviteter och utbildning/information i livsstilsfrågor.

HÄLSOVÅRDHEM. En i detta betänkande föreslagen benämning på sådana hälsohem som bedriver medicinsk behandlingsverksamhet och är av länsstyrelsen godkända som enskilda vårdhem alternativt har landsting som huvudman.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD. Enligt hälso- och sjukvårdslagen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS OMRÅDE. Här beteckning på all den verksamhet som bedrivs i syfte att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdom. Innefattar således även alternativ medicin.

KOMPLEMENTÄR MEDICIN. Synonym för alternativ medicin. Används ofta utomlands och betecknar då främst alternativmedicinska åtgärder som utförs av läkare.

KONVENTIONELL MEDICIN. Synonym för etablerad medicin.

KVACKSALVERI (från lågtyska Quacksalber, en som fuskar med salvor). Ursprungligen beteckning på charlatan inom läkekonsten, person som utan lagligt tillstånd och utan lagstadgad medicinsk examen utövar läkaryrket. Beteckningen lever kvar bl.a. i den s.k. kvacksalverilagen, dvs. lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

NATURMEDEL. Enligt läkemedelsförordningen (1962:701) definieras naturmedel som: "... medel som enligt betryggande erfarenhet vid normalt bruk ej medför hälsorisker för människa eller djur och i vilket den verksamma beståndsdel är en växt- eller djurdel, ett mineral eller i naturen förekommande bakteriekultur, salt eller saltlösning". Beteckningen används vanligtvis endast för sådana medel som anmälts till socialstyrelsen och som undantagits från den vanliga läkemedelskontrollen och därför får säljas fritt. Sådana naturmedel skall vara märkta med texten "Har ej genomgått för läkemedel föreskriven kontroll".

NOCEBO (latin: nocere = skada). Motsatsen till *placebo*. Negativ förväntanseffekt.

PLACEBO (latin: jag vill behaga). Den effekt som uppstår när en patient utsätts för en verksamhet eller överksam medicinsk behandling och som inte är betingad av behandlingens realeffekt utan hänger samman med patientens förväntan. Vid läkemedelsprövningar används ibland placebotabletter i jämförelsesyfte, för att man skall kunna ta reda på realeffekterna hos läkemedel.

SKOLMEDICIN. Synonym för etablerad medicin.

TRADITIONELL MEDICIN. Här beteckning för äldre former av medicin, exempelvis folkmedicin.

Sammanfattning

Betänkandets innehåll

Alternativmedicinkommittén har enligt sitt uppdrag haft att utreda frågor som rör den alternativa medicinens ställning i vårt samhälle. I direktiven understryks att den enskilde så långt det är möjligt skall ha frihet att välja erbjudna behandlingsformer och behandlingsmetoder samtidigt som hans behov och säkerhet skall beaktas. Detta uttalande har varit en av utgångspunkterna för kommitténs arbete.

Kommitténs slutrapport består av fyra delar: ett huvudbetänkande, en kartläggning av de alternativa terapier som förekommer i landet, en värdering av vissa terapier samt en utredning om hälsohem. Härtill kommer en separat sammanfattning som inte ingår i SOU-serien.

Detta huvudbetänkande består av två avdelningar. Den första (Del I) innehåller kommitténs utgångspunkter samt överväganden och förslag och del II den alternativa medicinens, historisk utveckling, utbredning m.m. I del II redovisas även översiktligt de undersökningar av den alternativa medicinens utbredning som kommittén utfört i samarbete med statistiska centralbyrån, SCB. Dessa undersökningar har utförligt beskrivits och kommenterats i rapporten Fakta och röster om alternativ medicin (Allmänna förlaget 1987).

Den alternativa behandlingens utbredning och omfattning

Var ferte vuxen har någon gång fått alternativ behandling och bortemot 70 % av befolkningen visar en positiv attityd till sådan behandling, enligt de undersökningar som kommittén har utfört i samarbete med SCB. Den i särklass största enskilda behandlingsformen är kiropraktik (13 % av befolkningen) följt av homeopati (4 %), akupunktur, naprapati, zonerapi och örtmedicin. Totalt förekommer över 200 olika alternativa behandlingsformer i landet.

Undersökningarna visade också att nyttjandet av alternativ behandling var vanligast hos äldre personer, gifta och arbetslösa. Ingen skillnad förelåg mellan män och kvinnor som dock sökte olika behandlingsformer. Genomgående var alternativ behandling vanligare i Norrland än i södra Sverige. Utbildningsnivån bland dem som sökt alternativ behandling var i genomsnitt något högre än hos befolkningen i stort.

Av personer som sökt hjälp hos alternativ behandlare hade ungefär hälften blivit rekommenderade till detta av släkt och vänner medan drygt 40 % uppgav att de valde alternativ eftersom de inte blivit hjälpta av den vanliga sjukvården. 70 % ansåg sig ha blivit helt besvärsfria av den alternativa vården

eller något bättre; 1 % hade blivit sämre. De som behandlats med manipulationsterapi var oftare helt besvärsfria. Generellt sett var attityden till den alternativa medicinen mera positiv än till hälso- och sjukvården bland dem som blivit behandlade med alternativ terapi.

Värde och risker

För endast ett fåtal av de alternativa terapierna föreligger dokumentation om effekterna. Flertalet har inte blivit föremål för vetenskaplig prövning. Värdet av vissa terapier ifrågasätts starkt av medicinsk expertis. Kommittén anser det vara angeläget att värdet av olika alternativa terapier prövas vetenskapligt. Människors rätt att välja bland erbjudna terapier måste dock respekteras oavsett vilket vetenskapligt värde en terapi kan bedömas ha.

Kommittén har försökt uppskatta värdet av olika alternativa behandlingsmetoder. De objektiva effekterna har, som nämnts, varit svåra att fastställa då endast mycket begränsad vetenskaplig dokumentation föreligger. Av stor vikt är därför det faktum att många människor upplever alternativ behandling som något positivt, vilket inte enbart har att göra med dess medicinska effekter utan kanske än mera med omhändertagande och andra omständigheter.

Frågan om det finns risker med alternativ behandling har diskuterats av kommittén. Något material som visar hur stora riskerna är eller omfattningen av inträffade skador förfogar dock kommittén inte över – endast material som visar att vissa skador har förekommit. Enligt kommittén bör riskerna kunna minskas genom viss reglering av den alternativmedicinska verksamheten och genom en höjd utbildningsnivå hos alternativbehandlarna. Kommittén har berört båda dessa aspekter i sitt förslag till ny lagstiftning. Genom ökade krav på behandlare och en fortgående självansering av området anser kommittén att riskerna för skador på grund av felaktig alternativ behandling kommer att minska.

En ny lag som gäller alternativmedicinsk verksamhet m.m.

Kommittén föreslår att en ny lag om alternativmedicinsk verksamhet ersätter lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, den s.k. kvacksalverilagen. Lagen föreslås bli tillämplig på den som utövar alternativmedicinsk verksamhet och som inte omfattas av lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m.fl.

Den viktigaste förändringen i lagförslaget är att de alternativmedicinska behandlarna indelas i två kategorier, nämligen de som har en viss fastställd medicinsk basutbildning och de som inte har sådan utbildning. De förra kan registreras hos socialstyrelsen varvid de får rätt att marknadsföra sig under beteckningen registrerad alternativmedicinsk yrkesutövare. Alternativmedicinsk verksamhet på hälso- och sjukvårdens område kommer dock även i fortsättningen att i princip vara tillåten. Den medicinska basutbildning som kommittén föreslår syftar till att ge behandlarna sådan kompetens som de behöver för att kunna göra en allmän bedömning av patientens hälsotillstånd och vid behov hänvisa denne till hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen föreslås

få i uppdrag att fastställa kriterierna för denna basutbildning och genom centrala prov eller på annat sätt pröva utövarnas kompetens.

Kommittén föreslår att vissa sjukdomar inte skall få behandlas av alternativmedicinska utövare, nämligen sådana sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen (1988:1472) och sjukdomar hos gravida kvinnor. Behandling av akuta, livshotande tillstånd föreslås också helt undantas från alternativmedicinsk behandling. Vissa allvarliga sjukdomar såsom cancer, endokrina sjukdomar, t.ex. insulinberoende diabetes, systemiska bindvävssjukdomar, t.ex. SLE (systemisk lupus erythematosus) samt psykosor får behandlas av alternativmedicinska yrkesutövare endast under förutsättning att patienten först har haft kontakt med läkare beträffande sjukdomen. Generellt måste den principen upprätthållas, att livsuppehållande behandling som läkare ordinerat inte får avbrytas av någon alternativmedicinsk behandlare. Kommittén anser dock att ett förbud med sådant innehåll är svårt att beivra, varför principen inte bör skrivas in i lagstiftningen.

När det gäller undersöknings- och behandlingsmetoder anser kommittén att i dag gällande förbud mot bedövning och radiologiska metoder bör behållas, medan förbudet mot hypnos kan upphävas liksom förbuden mot kringresande verksamhet och s.k. brevkvacksalveri.

Barn är speciellt känsliga och utsatta. I den gällande lagen finns ett generellt förbud att undersöka och behandla barn under åtta års ålder. Kommittén konstaterar att det inte är särskilt ovanligt att föräldrar till barn under åtta år söker alternativ behandling och menar att föräldrarnas beslut att söka sådan hjälp inte kan kritiseras. Kommittén anser dock att det är risker förknippade med undersökning och behandling av barn som inte utförs av hälso- och sjukvårdspersonal och att dessa risker i mesta möjliga mån bör undanröjas. Kommittén anser att det är bättre att alternativmedicinsk undersökning och behandling tillåts om denna är förknippad med viss insyn än att en okontrollerad verksamhet fortgår. Kommittén föreslår därför att barn får undersökas och behandlas av sådan alternativmedicinsk behandlare som har registrerats som behörig alternativmedicinsk yrkesutövare (dvs har viss medicinsk basutbildning) under förutsättning att barnet har regelbunden läkarkontakt och läkaren har vetskap om de alternativmedicinska insatserna. Dessutom bör gälla, att barnet, föräldrarna eller andra som ansvarar för barnet inte får uppmanas att avbryta den behandling som ordinerats av läkare. Totalt förbud föreslås dock gälla för behandling av barn under tre år.

För dem som inte registrerats, föreslår kommittén ett förbud mot undersökning och behandling av barn under 15 år. Höjningen av åldersgränsen för det generella behandlingsförbudet anses motiverat av att det är först efter 15-årsåldern som barn själva kan ta ställning i hälsofrågor.

Kommittén finner det angeläget att formerna för kontakter mellan den etablerade och alternativa medicinen, när det gäller hänvisning av patienter, belyses ytterligare. En försöksverksamhet bör därför genomföras inom något landsting. De grupper som därvid skulle kunna komma ifråga för att ta emot patient efter remiss från läkare är framförallt vissa registrerade alternativ-

medicinska behandlare, exempelvis kiropraktorer, naprapater, akupunktörer och massörer.

Alternativ behandling inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdspersonalen skall ge patienten sakkunnig och omsorgsfull vård. Detta preciseras i allmänna läkarinstruktionen genom föreskriften att varje läkare skall ge råd och behandling i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet avgörs av de allmänna domstolarna och i disciplinärenden av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. I sista hand bestäms gränsdragningen av högsta domstolen och regeringsrätten.

Enligt kommitténs uppfattning bör det vara tillåtet att använda alternativa behandlingsformer inom hälso- och sjukvården, om patienten har uttryckt önskemål om alternativ behandling, om behandlingsformen är ofarlig och om den ges först sedan allmänt vedertagna metoder använts eller parallellt med sådana.

Kommittén har diskuterat etiska problem som kan uppstå i anslutning till att patienter som vårdas inom hälso- och sjukvården önskar få behandling med alternativ terapi. Det bör därvid framhållas att hälso- och sjukvårdspersonalen alltid har rätt att vägra att medverka till att själv ge sådan behandling. Det bör därför vara tillåtet för de yrkesgrupper, som har ett självständigt yrkesansvar med "ordinationsrätt" inom sitt kompetensområde, att få använda alternativmedicinska metoder på de villkor som nämnts ovan om patientens önskemål, ofarlighet och andrahandsval. Kommittén har inte funnit det nödvändigt att föreslå ny lagstiftning inom detta område.

Legitimation av nya yrkesgrupper bör anstå tills vidare

Genom beslut i riksdagen (proposition 1988/89:96 om legitimation för vissa kiropraktorer m.m.) har de kiropraktorer som har utbildning som Doctors of Chiropractic givits rätt att efter ansökan erhålla legitimation som hälso- och sjukvårdspersonal. Under utredningens gång har frågor uppkommit om inte även andra alternativmedicinska yrkesgrupper än denna borde omfattas av bestämmelser om legitimation. Främst gäller detta i Sverige utbildade kiropraktorer samt naprapater och osteopater. Kommittén anser dock att ingen av de här uppräknade grupperna för närvarande uppfyller de kriterier som fastslagits för legitimation. Legitimationens huvudfunktion är att vara en garanti för en viss kunskapsnivå och för sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denna förtjänar allmänhetens och myndigheters förtroende. Legitimation skall också fylla ett informationsbehov som en slags varudeklaration.

När det gäller kiropraktorer finns det en förväxlingsrisk mellan högutbildade och andra kiropraktorer, vilket motiverar legitimation av Doctors of Chiropractic. I fråga om naprapater och osteopater föreligger ingen sådan risk. Kommittén anser vidare, när det gäller naprapaterna, som kommittén – i likhet med bl.a. riksdagens socialutskott – uppfattar som en mycket seriöst

arbetande grupp, att de bör lägga fram dokumentation om sin verksamhet för att en bedömning av det vetenskapliga värdet skall kunna göras. Kommittén betonar att socialstyrelsen noga bör följa utvecklingen för att till regering och riksdag kunna framlägga förslag till förändringar om sådana skulle vara motiverade i framtiden.

Hälsohem och hälsovårdhem

Till de genuina svenska formerna av alternativ medicin räknas hälsohemmen, vars verksamhet med främst vegetarisk kost och fasta bygger på idéer som introducerades av den finlandssvenske författaren Are Waerland i mitten av 1930-talet. Under beteckningen hälsohem ryms mycket skiftande institutioner alltifrån medicinskt välutrustade anläggningar, som kan ge olika medicinska behandlingar, till små gästhem med vegetarisk regim. Vid de flesta hälsohem tillämpas alternativa terapiformer såsom örtmedicin, homeopati och akupunktur. Tre norrländska landsting har inrättat hälsohem eller liknande institutioner. De hälsohem som uppfyller vissa kvalitetskriterier auktoriseras av Hälsohemmens riksförbund.

Även om det råder delade meningar om värdet av hälsohemsbehandling vid vissa sjukdomar är experterna eniga om att den livsstil som hälsohemmen förespråkar på lång sikt förebygger hjärt- och kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes, astma m.fl. sjukdomar. En rad vetenskapliga undersökningar pekar på att hälsohemsbehandling kan ge effekter vid vissa sjukdomar. Problemet är framför allt att det för majoriteten av de behandlade är svårt att följa hälsohemmens rekommendationer efter hemkomsten. De goda medicinska resultat som ofta uppnås under hälsohemsbehandlingen återgår därför i allmänhet till ursprungsvårderna efter något år efter hemkomsten.

Kommittén föreslår att de hälsohem som bedriver vård och behandling skall kallas för **hälsovårdhem**. För dessa institutioner skall gälla vårdhemsstadgans krav, vilket innebär skyldighet att ansöka om tillstånd att driva verksamheten som enskilt vårdhem.

Kommittén föreslår också, att hälsovårdhem bör ha tillgång till minst en halvtidsanställd läkare som förutom sina medicinska uppgifter även skall kunna handleda personalen. Hälsovårdhemmen bör vidare sträva efter att en nära kontakt hålls mellan den egna personalen och deras kollegor inom övriga hälso- och sjukvården.

Landstingens principer för att bekosta vistelse vid hälsohem skiftar från landsting till landsting. Vissa landsting beviljar i princip alla ansökningar som kan motiveras medicinskt, medan andra landsting inte alls ger bidrag till hälsohemsvistelse.

Om godtagen medicinsk indikation föreligger hos en patient som själv uttrycker en önskan att få komma till hälsovårdhem uttalar sig kommittén för att sjukvårdshuvudmännen bekostar vistelse vid hälsovårdhem. Vid uttagningen bör även sociala och humanitära aspekter vägas in i bedömningen. Patienterna bör, om möjligt, även ges ett aktivt stöd efter hemkomsten genom att den ansvarige läkaren gör upp en behandlingsplan för patienten.

Kommittén konstaterar att det finns behov av ytterligare forskningsinsatser på hälsohemsområdet. Kommittén föreslår att forskningsrådsnämnden (FRN)

får i uppdrag att samordna forskningen inom detta område som en del av det uppdrag beträffande forskning om alternativ medicin som kommittén föreslår skall förläggas till FRN.

Önskemål har framförts att särskilda regler skall gälla för hälsovårdshemmen beträffande alternativa behandlingsmetoder då sådana metoder av tradition tillämpas vid hälsohemmen. Kommittén konstaterar dock att det inte kan vara aktuellt att skapa några särbestämmelser för hälsohemmen då gällande praxis redan ger vissa möjligheter för personal inom hälso- och sjukvården att ta befattning med sådana metoder.

Strängare kontroll av marknadsföring av naturmedel

Naturmedel är läkemedel som, i likhet med bl.a. homeopatiska medel, undantagits från läkemedelsförordningens tillämpningsområde. De får säljas fritt sedan de anmälts till och granskats av socialstyrelsen och avgift har erlagts. Kravet är att någon hälsorisk inte föreligger vid normalt bruk. Det behöver däremot inte styrkas att medlen har någon positiv effekt. Sedan nuvarande bestämmelser tillkom i början av 1970-talet har nya medel introducerats som antingen utgör mer avancerade beredningar av de ursprungliga naturmedlen eller i vissa fall saknar förankring i inhemsk folktradition. I ökad omfattning är medlen avsedda att användas under längre tid för att förebygga ohälsa i stället för att som tidigare vara inriktade på tillfälliga åkommor. Marknadsföringen har därigenom i motsats till tidigare mera kommit att riktas till friska människor.

Det är en uppgift för tillverkaren att se till att god produktkontroll upprätthålls och att undermåliga produkter inte släpps ut på marknaden. En viss självansering har inletts inom branschen men enligt kommitténs mening är denna inte tillräcklig. I syfte att konsumenterna även i fortsättningen skall få tillgång till naturmedel av god kvalitet och för att de lättare skall kunna bilda sig en uppfattning om de olika naturmedlen föreslår kommittén följande:

Tillverkaren av naturmedel skall vid anmälan till socialstyrelsen ange medlets användningsområde bland sådana indikationer som socialstyrelsen godkänt för egenvård. Marknadsföringen får sedan avse endast den eller de indikationer som uppgivits i anmälan. Om indikationerna åberopas i marknadsföringen måste dock, liksom hittills, medlets positiva effekt kunna styrkas.

Alkohol i vissa naturmedel

Vissa naturmedel som förekommer på den svenska marknaden innehåller en alkoholhalt på mellan 40 och 60 viktprocent. Alkoholen används för att dra ut verksamma beståndsdelar från olika växtämnen och har dessutom en konserverande uppgift. Enligt tillämpningen av gällande alkohollagstiftning tillåts högst 10 % alkohol i dessa produkter. Regeringen har under senare år meddelat dispens från dessa bestämmelser för naturmedel. Kommittén, som bedömer risken som liten för att dessa preparat skall användas i berusningssyfte, anser att medlen skall få säljas utan hinder av den generella reglering som gäller för alkoholhaltiga produkter. Detta kan ske om ett

undantag görs för naturmedlen.

Då ändock en viss försiktighet bör iakttas vid försäljningen av alkoholhaltiga beredningar föreslår kommittén att socialstyrelsen inte bör få godkänna ett medel för försäljning, om det inte klart framgår att syftet med medlet är rent medicinskt. Ytterligare förutsättningar måste vara, att medlets smak respektive förpackning och pris inte kan locka till användning i berusningssyfte.

Antroposofiska medel nytt undantag i läkemedelsförordningen

De antroposofiska läkemedlen kommer mestadels från växtriket, men även från mineral- och djurriket, och genomgår en speciell bearbetningsprocess. Vissa av dessa medel är att hänföra till naturmedel, andra till homeopatika. Problemet är att de antroposofiska medlen som helhet inte kan hänföras till någondera av dessa kategorier. Idag används de antroposofiska läkemedlen delvis olagligt. Endast i begränsad utsträckning har de möjligheter till undantag från läkemedelsförordningen som finns utnyttjats.

Kommittén anser att det är otillfredsställande att användningen av antroposofiska läkemedel sker olagligt. Det är inte heller tilltalande att många människor som anser dessa medel vara av värde skall hänvisas till att erhålla medlen på ett i princip olagligt sätt eller – om de sanktionsmöjligheter som finns skulle tillämpas – avskärs från den behandling de tror på. Kommittén föreslår därför, att alla antroposofiska läkemedel, även injektionspreparat, undantas från regleringen i läkemedelsförordningen och i den nya läkemedelslagen. De läkare som vill använda antroposofiska läkemedel skall anmäla detta till socialstyrelsen. Kommittén föreslår vidare att antroposofiska läkemedel endast skall få säljas till patienter som ordinerats sådana läkemedel av läkare som gjort anmälan till socialstyrelsen samt att de antroposofiska läkemedel som undantagits från den reguljära läkemedelskontrollen skall benämnas **antroposofiska medel**.

Forskning

Vid genomgången av tillgängliga studier över alternativmedicinska terapier har det befunnits att antalet kontrollerade undersökningar är mycket litet, vilket innebär att det är svårt att dra några säkra slutsatser om det vetenskapliga värdet av de studerade behandlingsformerna. Kommittén anser det dock fastlagt att manipulationsbehandling kan ge effekt vid vissa problem i bröst- eller ländrygg och att behandling med vegetarisk kost, fasta och motion (hälsohemsbehandling) kan rekommenderas vid vissa sjukdomar. Kommittén har också funnit att vissa studier tyder på att akupunktur, djup avspänning (meditation) och magnetterapi kan ha effekt vid vissa sjukdomstillstånd och/eller verka förebyggande.

Mot bakgrund av den diskussion om skador och biverkningar av alternativ medicin som förs, för att bedöma effekter och vinster och för att kunna utvärdera om någon eller några terapier borde komma till användning inom hälso- och sjukvården anser kommittén det angeläget att forskning stimuleras inom det alternativmedicinska området. Kommittén förordar därvid särskilt

sådan forskning där den alternativmedicinska praktiken studeras tvärvetenskapligt i projekt genomförda i samverkan mellan företrädare för alternativ medicin och hälso- och sjukvård. Kommittén har gett förslag på en rad konkreta områden för framtida forskningsinsatser: alternativmedicinsk behandling, vårdpraktik, alternativmedicinens utbredning och alternativmedicinen som en del av hälso- och sjukvården.

Kommittén anser att en förutsättning för en kontinuerlig verksamhet på detta område och för att forskare skall bli intresserade av området är att forskningsverksamheten knyts till en institution med god erfarenhet av liknande forskningsuppgifter. Kommittén föreslår att Forskningsrådsnämnden, som bl a har stor erfarenhet av tvärvetenskaplig forskning, får ansvaret för initiering och finansiering av forskning kring alternativmedicin.

Statens ansvar för säkerhet och trygghet vid alternativmedicinsk verksamhet

Socialstyrelsen har ett tillsynsansvar för hälso- och sjukvården. I detta ansvar ligger bl.a. att bevaka att verksamheten sker i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Kommittén anser att socialstyrelsen inte kan ha en motsvarande tillsyn över de alternativmedicinska terapierna, bl.a. därför att det saknas vetenskaplig dokumentation om dessa terapiers effekter.

Kommittén anser att det bästa sättet att öka patienternas säkerhet och trygghet är att garantera en viss medicinsk basutbildning hos de alternativmedicinska yrkesutövarna. Endast de alternativbehandlare, som har denna medicinska basutbildning, bör kunna marknadsföra sig under en beteckning som framhåller denna kompetens. Därför föreslår kommittén att en statlig myndighet skall få i uppdrag att svara för att de alternativmedicinska yrkesutövare, som har en av socialstyrelsen fastställd utbildning, efter ansökan skall kunna registreras som alternativmedicinsk yrkesutövare. Registret föreslås endast uppta basutbildningen och inte eventuella inriktningar som t.ex. naprapat, akupunktör eller zonterapeut. Detta senare föreslås bli en fråga för alternativbehandlarnas egna intresseorganisationer att själv besluta om auktorisationsregler för.

Kommittén har diskuterat två alternativ när det gäller vilken myndighet som skall ansvara för registret över alternativmedicinska yrkesutövare. Eftersom alternativmedicinen syftar till att bl.a. behandla människor ligger det nära till hands att anse att socialstyrelsen, som för register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, också skulle ha ansvar för ett register över alternativmedicinska yrkesutövare. Emellertid är det möjligt att många människor skulle uppfatta en registrering av en alternativmedicinsk behandlare likvärdig med ett "godkännande" eller en slags legitimation av denne. Därför har kommittén övervägt att föreslå att ansvaret för registreringen av alternativmedicinska behandlare skulle ligga på en annan statlig myndighet, t.ex. länsstyrelserna eller konsumentverket, som ju redan har ansvaret för tillsynen enligt marknadsföringslagen beträffande naturmedel. Kommittén har dock stannat för att föreslå att socialstyrelsen skall föra ett sådant register.

Enligt den lag om alternativmedicinsk verksamhet, som kommittén lägger fram, får socialstyrelsen ansvaret för att se till att den nya lagen efterlevs.

Denna tillsyn innebär att socialstyrelsens framtida regionala enheter får handlägga eventuella anmälningar om t.ex. alternativmedicinska behandlare tar sig an barn under tre års ålder eller behandlar de sjukdomar som enligt lagen skall undantas alternativmedicinen. Däremot skall de regionala enheterna inte utöva tillsyn på det sätt som gäller inom hälso- och sjukvården.

Ett stort antal alternativmedicinska behandlare kommer i framtiden att sakna den av kommittén föreslagna medicinska basutbildningen och inte kunna bli registrerade som alternativmedicinska yrkesutövare. De kommer ej att ha rätt att marknadsföra sig som sådana.

Socialstyrelsen föreslås även inrätta ett partssammansatt kontakt- och samordningsorgan för alternativmedicinska frågor. Syftet med detta är att få till stånd en fortlöpande dialog mellan myndigheterna och företrädare för den alternativmedicinska sektorn, och även att skapa förutsättningar för de berörda myndigheterna att inhämta kunskaper om alternativmedicinen i Sverige.

Kommittén anser också att myndigheterna inom sina respektive ansvarsområden bör svara för en saklig och nyanserad information om alternativ medicin riktad till allmänhet och behandlare m.fl. om lagstiftningsfrågor, rättigheter och skyldigheter m.m.

Ekonomiska konsekvenser av kommitténs förslag

Kommittén har arbetat med förutsättningen att de förslag som läggs fram, med undantag av registreringen av alternativmedicinska yrkesutövare, skall kunna genomföras inom ramen för i stort sett oförändrade resurser för stat, landsting, kommun och enskilda. Ett genomförande av kommitténs förslag innebär vissa ökade arbetsuppgifter för främst socialstyrelsen med registrering av alternativmedicinska yrkesutövare, vissa övervakningsuppgifter beträffande den medicinska basutbildningen, tillsynsuppgifter samt administration av ett centralt samordningsorgan.

För att finansiera registreringsverksamheten och i viss mån även administrationen av det centrala samordningsorganet föreslår kommittén att registreringen avgiftsbeläggs.

Ingen kostnadsersättning för alternativmedicinsk behandling

Kommittén har prövat frågan om ersättning från allmänna sjukförsäkringen skulle kunna utgå för viss alternativmedicinsk behandling. Eftersom det idag finns behandlingsformer inom den etablerade medicinen som inte ersätts av den allmänna försäkringen vill kommittén inte föreslå att ersättning skall utgå för behandling hos alternativmedicinska yrkesutövare.

Den här lagen innebär att patienter som inte har tillräckligt med pengar för att kunna betala för sjukvård ska få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala. Detta innebär att patienter som inte har råd att betala för sjukvård ska få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala. Detta innebär att patienter som inte har råd att betala för sjukvård ska få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala.

Enligt denna lag ska patienter som inte har råd att betala för sjukvård få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala. Detta innebär att patienter som inte har råd att betala för sjukvård ska få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala. Detta innebär att patienter som inte har råd att betala för sjukvård ska få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala.

Statens ansvar för säkerheten för patienter som inte har råd att betala för sjukvård

Enligt denna lag ska patienter som inte har råd att betala för sjukvård få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala. Detta innebär att patienter som inte har råd att betala för sjukvård ska få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala. Detta innebär att patienter som inte har råd att betala för sjukvård ska få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala.

Enligt denna lag ska patienter som inte har råd att betala för sjukvård få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala. Detta innebär att patienter som inte har råd att betala för sjukvård ska få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala. Detta innebär att patienter som inte har råd att betala för sjukvård ska få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala.

Ingen kostnadsbegränsning för sjukvård för patienter som inte har råd att betala

Enligt denna lag ska patienter som inte har råd att betala för sjukvård få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala. Detta innebär att patienter som inte har råd att betala för sjukvård ska få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala. Detta innebär att patienter som inte har råd att betala för sjukvård ska få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala.

Enligt denna lag ska patienter som inte har råd att betala för sjukvård få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala. Detta innebär att patienter som inte har råd att betala för sjukvård ska få tillgång till sjukvård på samma villkor som de som har råd att betala.

Summary

The contents of the report

The task of the Committee on Alternative Medicine was to examine issues which concern the position of alternative medicine in Swedish society. In the terms of reference it was emphasised that, as far as possible, every person shall have the freedom to choose those forms and methods of treatment available as long as attention is paid to his or her needs and safety. This statement has constituted one of the main points of departure for the work of the Committee.

The Committee's final report is in four parts: the main report, a survey of alternative therapies available in Sweden, an evaluation of various therapies and a study of health homes¹. In addition there is a separate summary which is not included in the Swedish Government's Official Report.

The main report is in two parts. The first (Part I) contains the Committee's starting points together with its considerations and proposals, and Part II deals with alternative medicine, its historical development, its standing today, etc. Part II also contains a review of the studies concerning the position of alternative medicine made by the Committee in collaboration with SCB (The Central Bureau of Statistics). These studies have been described and commented on in detail in a report published in 1987 by Allmänna Förlaget entitled "Fakta och Röster om Alternativ Medicin ("Facts and Opinions on Alternative Medicine").

The present position of alternative medicine in Sweden

According to studies made by the Committee in collaboration with SCB, every fifth adult has, at one time or another, received alternative treatment and almost 70 % of the Swedish population have a positive attitude towards such treatment. By far and away the most widespread form of treatment is chiropractic (13 % of the population) followed by homeopathy (4 %), acupuncture, naprapathy, zone therapy and herbal medicine. In all there are over 200 different types of alternative treatment in Sweden.

The study also showed that alternative treatment was most common among older people, married persons and the unemployed. There was no difference

¹ Health home (health farm, health ranch, spa): an institution which, with the aim of preventing disease and promoting good health, uses methods based on vegetarian food, fasting, physical exercise and other activities, and provides training and information in matters concerning life style.

between men and women but they did, however, seek different types of treatment. Alternative treatment was more common, in every respect, in Norrland (a province in the north of Sweden) than in southern Sweden. The educational background of those seeking alternative treatment was, on average, somewhat higher than in the population in general.

Of those seeking the help of alternative practitioners, approximately 50 % had been recommended to pursue this course of action by relatives and friends while just over 40 % stated that they had chosen alternative treatment since they had not been helped by the national health services. Some 70 % considered that they had been cured of their complaint or that their health had improved; 1 % thought that their health had deteriorated. Those treated by the use of manipulation therapy were more often completely cured of their complaint. In general the attitude of those who had undergone alternative treatment was more positive towards alternative medicine than to the national health services.

Value and risks

Documentation concerning the effects of alternative treatment is only available for a few alternative therapies. The majority of alternative therapies have not been the subject of scientific study. The value of some therapies is strongly questioned by medical expertise. The Committee considers it important that the value of different alternative therapies be tested scientifically. However, the right of people to choose between therapies available must be respected, regardless of the scientific value a therapy may be considered to have.

The Committee has attempted to estimate the value of different methods of alternative treatment. As mentioned above it has been difficult to determine concrete effects since there is only a very limited amount of documentation available. The fact that many people regard alternative treatment as something positive is therefore of great importance. This high regard may not merely refer to the medical effects but perhaps more to the way they were received and taken care of and other circumstances.

The question of whether there are any risks in alternative treatment has been discussed by the Committee. However, the Committee has not had access to any material showing how great the risks are or the extent of injuries which have occurred. The only material available shows that certain injuries have occurred. In the opinion of the Committee the risks could be diminished by placing restrictions on certain activities and by raising the educational standards of practitioners of alternative medicine. The Committee has referred to both aspects in its proposals for new legislation. The Committee is of the opinion that the risk of injuries caused by faulty treatment will be reduced by placing greater requirements on practitioners and by improving certain practices.

A new law on the practice of alternative medicine

The Committee proposes that a new law relating to the practice of alternative medicine replace the existing law (1960:409) on the prohibition of certain practices in the field of health and medical care, the so-called quackery law. It is proposed that the new law apply to those practising alternative medicine and who are not covered by the law (1980:11) on the supervision and control of personnel working in the national health and medical services and of certain other personnel.

The most significant change in the proposal for new legislation is that practitioners of alternative medicine be divided into two categories, namely those who have a certain stipulated basic medical training and those who have not undergone such training. The former can be registered at the National Board of Health and Welfare. They will then have the right to advertise their services as registered practitioners of alternative medicine. The intention is not to prohibit unregistered practitioners as such. The measures proposed by the Committee are, in this case, intended to give the skills and proficiency which the practitioner needs if he is to be able to make a general assessment of the state of health of his patients and, when necessary, to refer them to the health services. It is proposed that the National Board of Health and Welfare be given the task of determining criteria for this basic training and of testing the competence of practitioners by means of central examinations or in some other way.

The Committee proposes that certain diseases may not be treated by practitioners of alternative medicine, namely those illnesses which are included under the law relating contagious diseases, and diseases contracted by women during pregnancy. It is also proposed that acute, life-threatening conditions also be exempted from alternative treatment. Certain serious diseases such as cancer, endocrine diseases such as insulin dependent diabetes, systemic connective tissue diseases such as SLE (systemic lupus erythematosus) and psychoses may be treated by practitioners of alternative medicine only on condition that the patient has first consulted a registered doctor about the disease. In general the principle must be upheld that vital treatment prescribed by a doctor with the purpose of maintaining life may not be discontinued by a practitioner of alternative medicine. The Committee is, however, of the opinion that it would be difficult to prosecute successfully in cases relating to a prohibition of this type and therefore the principle should not be included in the new law.

Where methods of examination and treatment are concerned, the Committee is of the opinion that the existing prohibition against the use of anaesthesia and radiology should be retained, while the prohibition against the use of hypnosis can be done away with as well as the prohibitions against itinerant activities (a practitioner only being allowed to practice in the area in which he resides) and against the practice of providing diagnoses and medical advice by post, (i.e. without a consultation taking place).

The position with regard to children is particularly sensitive. In the existing law there is a general prohibition against the examination and treatment of children under eight years of age. The Committee has found that it is not

particularly unusual that parents of children under eight years of age seek alternative treatment and the Committee is of the opinion that the parents' decision to seek assistance cannot be criticised. The Committee feels, however, that there are dangers associated with the examination and treatment of children performed by persons not registered with the national health services, and that these dangers should be, to the greatest extent possible, eliminated. The Committee feels that it is better that examination and treatment by practitioners of alternative medicine is permitted when it is associated with certain controls, than that such activities continue without any controls. The Committee therefore proposes that a child may be examined and treated by a practitioner of alternative medicine who has been registered as an authorized practitioner (i.e. he has undergone a stipulated amount of basic medical training) provided that the child has regular contact with a doctor and that the doctor is aware of the alternative treatment being given to the child. The child and his or her parents or persons responsible for the child should also not be urged to discontinue treatment prescribed by a doctor. The treatment of children under three years of age would, however, be totally prohibited.

The Committee proposes that practitioners of alternative medicine who have not been registered be prohibited from examining and treating children under 15 years of age. The raising of the age limit where the prohibition of general treatment is concerned is considered justified by the fact that it is only after the age of fifteen that children are able to make up their own minds about matters relating to their health.

The Committee finds it urgent that the channels for contacts between established and alternative medicine where referrals of patients are concerned should be studied further. Trials should therefore be carried out by a regional medical authority. The categories who could receive patients referred by doctors would be, in the main, certain registered practitioners of alternative medicine, for example practitioners of chiropractic, naprapathy, acupuncture and massage.

Alternative treatment within the health services

Staff employed in the health services are required to give patients professional and thorough treatment. According to the general regulations for doctors it is the duty of every doctor to give advice and treatment in accordance with established scientific knowledge and tried experience. What established scientific knowledge and tried experience comprises is decided by the courts and, in disciplinary matters, by the Medical Responsibility Board.

The Committee proposes that, in the health services, it should be permissible to use alternative forms of treatment if the patient has expressed a desire for such treatment, if the type of treatment is not dangerous and if it is only given after generally accepted methods have been used or is given in conjunction with such methods.

The Committee has discussed ethical problems which could arise when patients who are being looked after within the health services wish to be treated with alternative therapies. It should be pointed out that in such cases

staff employed by the health services always have the right to refuse to participate in or to give such treatment themselves. Professionals having the right to prescribe treatment should also be permitted to use alternative methods under the conditions mentioned above, i.e. that the patient has expressed a desire for such treatment, that it involves no danger to the patient, and that it is given after generally accepted methods have been used or in conjunction with such methods. The Committee has not found it necessary to propose new legislation in this field.

Certification of new professional categories should be deferred until further notice

By a decision of Parliament (Government bill 1988/89:96 on the certification of certain chiropractors etc.), those chiropractors who have completed studies to the level of Doctor of Chiropractic have the right, on application, to be registered under the health services. During the course of the Committee's work the question arose as to whether other professions in the field of alternative medicine should also be covered by the regulations concerning certification. In the first place this concerned chiropractors trained in Sweden and practitioners of naprapathy and osteopathy. However, the Committee is of the opinion that at the present time none of the categories mentioned fulfil the requirements which have been laid down for certification. The main purpose of certification is to guarantee the presence of a certain level of professional knowledge and skill as well as certain personal qualities such that the practitioner is worthy of the confidence of the general public and the authorities. Certification shall also meet a need for information – a specification of professional competence.

Where chiropractors are concerned there is a danger of confusion between highly qualified chiropractors and other chiropractors. This provides a good reason for the certification of doctors of chiropractic. Where practitioners of naprapathy and osteopathy are concerned, there is no such danger. The Committee – as well as the Parliamentary Committee on Social Affairs, among others – regards naprapaths as a very serious professional group, and considers that they should present documentation about their activities in order that an assessment of the scientific value of their work can be made. The Committee emphasises that the National Board of Health and Welfare should follow developments closely in order that the Government and Parliament can present proposals for changes if considered necessary in the future.

Health homes and health care homes

Health homes with their emphasis on vegetarian food and fasting, based on the ideas introduced by the Swedish speaking Finnish author, Are Waerland, in the middle of the 1930s, are one of the genuine Swedish forms of alternative medicine. Under the heading health homes there are a wide variety of institutions ranging from well equipped medical centres which can provide

various form of medical treatment to small guest houses which specialise in vegetarian food. At most health homes alternative forms of therapy such as herbal medicine, homeopathy and acupuncture are practised. Three regional medical authorities in the north of Sweden have established health homes or similar institutions. Those health homes which satisfy certain criteria relating to quality are recognised by the National Association of health homes.

Even if there are differences of opinion on the value of their treatments where certain diseases are concerned, there is unanimity that the life style advocated by health homes prevents heart and vascular diseases, high blood pressure, diabetes, asthma and other diseases. A number of scientific studies have indicated that treatment in a health home can be effective in the case of certain diseases. The main problem in this context is that people who have undergone treatment at a health home have difficulties in following the recommendations of the health home after they have returned to their own homes. The good results, which are often achieved during treatment at a health home, disappear and there is, in general, a return to original test values a year or so after the patient has returned to his own home.

The Committee proposes that those health homes which provide medical care and treatment shall be called *health care homes*. The requirements contained in the regulations governing nursing homes shall also apply to these institutions. This means that applications for permission to run health care homes must be made in the same way as for nursing homes.

The Committee also proposes that health care homes should employ at least one doctor on a part time basis who, in addition to his medical duties, is required to instruct other members of the staff. Furthermore health care homes should try to ensure that close contacts are maintained between their staff and personnel working in the health services.

The principles adopted by regional medical authorities, concerning grants for the treatment of patients staying at health homes, vary from one authority to another. Certain authorities approve all applications which can be justified on medical grounds while other authorities do not give any grants to patients wishing to stay at such homes.

If a patient wishes to stay at a health care home and there are acceptable medical grounds for him to do so, the Committee is in favour of the health authority concerned paying for the stay at the home. When making its decision the authority should also consider social and humanitarian aspects. Where possible patients, after they have returned home, should also be given active support by the doctor who was responsible for drawing up their plan of treatment.

The Committee finds that there is a need for further research in the health home field. The Committee proposes that the Swedish Council for the Planning and Coordination of Research be given the task of coordinating research in this field as a part of the assignment of research into alternative medicine which the Committee proposes shall be given to the Council.

Some have expressed the wish that special rules should apply to health care homes concerning methods of alternative treatment when such methods have been traditionally used by the homes. The Committee finds, however, that it is not necessary to create special rules for health homes since existing practice

already provides certain possibilities for personnel working in the health services to use such methods.

Stricter controls on the advertising of natural remedies

A natural remedy in this sense is defined as a medicine which, as in the case of, for example, homeopathic medicine, has been exempted from the regulations concerning pharmaceutical preparations. A natural remedy thus defined may be sold freely after it has been submitted to and undergone controls exercised by the National Board of Health and Welfare and a fee has been paid. It must be shown that there is no health risk if the remedy is used properly. On the other hand it does not have to be shown that the remedy has any positive effects. Since the existing regulations came into being at the beginning of the 1970s, new remedies have been introduced which are either more advanced preparations of original remedies or which, in certain cases, have no connection with popular tradition. To an increasing extent the natural remedies are intended to be used over long periods of time to prevent poor health rather than to be used for temporary complaints as was the case originally, and the marketing of these remedies is now directed more towards healthy people.

It is the duty of the manufacturer to ensure that the quality of products is maintained and that products of inferior quality are not put on to the market. Manufacturers have begun to eliminate poor quality products but, in the opinion of the Committee, not sufficiently. With the aim of allowing consumers to have access to natural remedies of good quality in the future and to enable consumers to be able to form their own opinions more easily about natural remedies, the Committee proposes the following:

Manufacturers of natural remedies are required to, in their applications to the National Board of Health and Welfare, specify the intended use of the natural remedy among the categories which the Board has approved for unrestricted personal use. Advertisements for that natural remedy may then only refer to the category or categories stated in the application. However, if categories are quoted in advertisements, the positive effects of the natural remedy must, as is the case today, be substantiated.

Alcohol in certain natural remedies

Certain natural remedies which are available on the Swedish market have an alcohol content of between 40 and 60 per cent by weight. The alcohol is used to draw out effective ingredients from various plants and is also used for preservation purposes. According to existing legislation, a maximum of 10 per cent alcohol is allowed in such products. During recent years the Government has granted exemptions from the regulations for natural remedies. The Committee, which regards the risk of these preparations being used for purposes of intoxication as small, is of the opinion that it should be made possible to sell these remedies notwithstanding the general regulations which apply to products containing alcohol. This can take place if a general exemption is

made for natural remedies.

Since, nevertheless, a certain amount of caution should be observed in the sale of preparations containing alcohol, the Committee proposes that the National Board of Health and Welfare should not approve a natural remedy unless it is perfectly clear that its intended use is purely medicinal. Further, the taste of the remedy and its packaging and price must not make it attractive for use as a means of intoxication.

Anthroposophic remedies – a new exception in the pharmaceutical regulations

Anthroposophic remedies are mostly of vegetable origin, but some are derived from mineral and animal materials, and undergo a special form of processing. Certain of these remedies can be classified with natural remedies, others as homeopathic remedies. The problem is that anthroposophic remedies cannot, in their entirety, be classified under any of those categories. Today anthroposophic remedies are at least in part used illegally. The possibilities available of obtaining exemption from the pharmaceutical regulations have only been used to a limited extent.

The Committee considers it unsatisfactory that the use of anthroposophic remedies is illegal. Neither is it satisfactory that people who believe in them would not be able to obtain such medicines if the law were applied rigorously. The Committee proposes therefore that all anthroposophic remedies, including preparations to be taken by injection, are exempted from the pharmaceutical regulations. Those doctors wishing to use anthroposophic remedies shall notify the National Board of Health and Welfare. The Committee further proposes that anthroposophic remedies may only be sold to patients who have had such remedies prescribed by such doctors who have notified the National Board of Health and Welfare.

Research

When reviewing available studies of alternative therapies it was found that the number of investigations which have taken place under controlled conditions is very small. This makes it difficult to draw any firm conclusions as to the scientific value of the forms of treatment studied. The Committee is of the opinion however that it has been determined that manipulation treatment can provide desirable effects for certain thoracic and lumbar complaints and that treatment comprising vegetarian food, fasting and exercise (health home treatment) can be recommended in the case of certain diseases. The Committee has also found that certain studies indicate that acupuncture, deep relaxation (meditation) and magnetic therapy can have desirable effects in the case of certain diseases and/or have a preventive effect.

Against the background of the discussion on injuries and side effects caused by alternative medicine, the Committee considers it urgent that research is stimulated in the field of alternative medicine in order to assess effects and to ascertain whether any therapies should be used within the health services.

In this context the Committee particularly recommends research in which the practice of alternative medicine is studied on a multi-disciplinary basis in projects carried out in cooperation between representatives of alternative medicine and the health services. The Committee has provided proposals for a number of concrete areas for future research projects: alternative treatment, general care of patients, the present position of alternative medicine and alternative medicine as a part of the health services.

The Committee feels that a pre-condition for continuous research in this field and for the stimulation of the interest of researchers is that research activities should be undertaken by an institution with wide experience of similar research tasks. The Committee therefore proposes that the Swedish Council for the Planning and Coordination of Research, which, among other things, has substantial experience of multi-disciplinary research, be given the responsibility for initiating and financing research into alternative medicine.

The responsibility of the state for safety and security in the field of alternative medicine

The National Board of Health and Welfare has the responsibility for supervision and control of the health services. Part of this responsibility concerns ensuring that activities take place in accordance with scientific knowledge and tried experience. The Committee feels that the Board cannot have a similar role where alternative medicine is concerned, partly because of the lack of documentation of the effects of alternative treatment.

The Committee feels that the best way to improve the safety and security of patients is to guarantee that those who practise alternative medicine have undergone a certain amount of basic medical training. Only those practitioners who have undergone this training should be able to advertise their services in such a way that their competence is given prominence. The Committee therefore proposes that a state agency be given the responsibility of maintaining a register in which practitioners of alternative medicine who have undergone the basic medical training stipulated by the National Board of Health and Welfare can be registered, on application, as Practitioners of Alternative Medicine. It is recommended that the register merely comprises a list of those who have undergone the stipulated medical training and does not include professions, for example practitioners of naprapathy, acupuncture or reflexology. It is recommended that the question of specialisation be one for the alternative practitioners' own professional organisations, which would make decisions where rules for certification are concerned.

The Committee has discussed two alternatives concerning the authority to register practitioners of alternative medicine. Since the purpose of alternative medicine is to give people treatment, it is reasonable that the National Board of Health and Welfare which maintains a register of authorized personnel working in the health services should also maintain a register of practitioners of alternative medicine. However, it is possible that many people would regard the registration of a practitioner of alternative medicine as having the same value as an "approval" or a sort of authorization of the practitioner. The Committee has therefore even considered that the responsibility for the

registration of practitioners of alternative medicine should rest with another state agency, for example the county boards or the National Swedish Board for Consumer Policies, which already has the responsibility for controls of natural remedies under the law on advertising. The Committee has, however, decided to propose that the National Board of Health and Welfare assumes responsibility for the register.

According to the proposed law on alternative medicine which the Committee has presented, the National Board of Health and Welfare will have the responsibility to ensure that the new law is followed. This responsibility means that the proposed regional offices of the Board for inspection and control will deal with any complaints relating to, for example, the treatment by a practitioner of alternative medicine of a child under three years of age or treatment of diseases which, according to the law, shall not be undertaken by a practitioner of alternative medicine. On the other hand the regional offices will not make any checks of individual practitioners of alternative medicine or their methods unless it is suspected that they can harm patients.

A large number of practitioners of alternative medicine will lack, in the future, the basic medical training proposed by the Committee and will therefore be unable to be registered as practitioners of alternative medicine. They will also not have the right to advertise their services as registered practitioners.

It is also recommended that the National Board of Health and Welfare set up a contact and coordination committee comprising representatives of the parties concerned to deal with issues relating to alternative medicine. The purpose of this proposal is to establish a continuous dialogue between the authorities and representatives of the alternative medicine sector and also to create the possibility for the authorities concerned to obtain information about alternative medicine in Sweden.

The Committee also feels that the authorities should be responsible, within their own areas of jurisdiction, for providing objective information about alternative medicine to the general public and practitioners where questions of legislation, rights and liabilities etc. are concerned.

Financial consequences of the Committee's proposals

The Committee has worked on the basis that it should be possible to implement the proposals presented, with the exception of the registration of practitioners of alternative medicine, within the framework of largely unchanged resources for the state, regional and local authorities and individuals. The implementation of the Committee's proposals will lead to a certain increase in the work for, above all, the National Board of Health and Welfare for the registration of practitioners of alternative medicine, for certain supervisory duties where the basic medical training is concerned, for other forms of supervision and control and for the administration of a central coordinating committee.

In order to finance the work involved in the registration of practitioners and, to a certain extent, the administration of the central coordinating committee, the Committee proposes that a fee be charged for registration.

No sickness benefit for alternative treatment

The Committee has discussed the question of whether sickness benefit should be payable from national insurance funds for certain types of alternative treatment. Since at the present time there are already accepted types of treatment provided by the health services for which sickness benefit is not payable from national insurance funds, the Committee does not propose that sickness benefit be payable for treatment obtained from practitioners of alternative medicine.

In order to finance the work involved in the registration of practitioners and associations, the State Agency for example, will be asked to set up a special committee. The Committee proposes that the fee charged for registration should be levied on the natural persons under the law on advertising. The fee should be decided by the National Board of Health and Welfare. The National Board of Health and Welfare will be asked to register the practitioners.

The Committee has discussed the possibility of whether states benefit from treatment provided by psychiatrists from national insurance funds. Since at the present time there are no special arrangements for treatment provided by psychiatrists from national insurance funds, the Committee does not propose that states should be paid for treatment obtained from practitioners of alternative medicine. According to the law, it will be undertaken by a practitioner to render treatment to a patient. On the other hand the patient will not make any checks of individual practitioners or their methods unless it is suspected that they can harm patients.

A large number of practitioners of alternative medicine will lack, in the future, the basic medical training proposed by the Committee and will therefore be unable to be registered as practitioners of alternative medicine. They will also not have the right to advertise their services as registered practitioners.

It is also recommended that the National Board of Health and Welfare set up a contact and coordination committee comprising representatives of the parties concerned to deal with issues relating to alternative medicine. The purpose of this proposal is to establish a continuous dialogue between the authorities and representatives of the alternative medicine sector and also to create the possibility for the authorities concerned to obtain information about alternative medicine in Sweden.

The Committee also feels that the authorities should be responsible, within their own areas of jurisdiction, for providing objective information about alternative medicine to the general public and practitioners where questions of legislation, rights and liabilities etc. are concerned.

Financial consequences of the Committee's proposals

The Committee has worked on the basis that it should be possible to implement the proposals presented, with the exception of the registration of practitioners of alternative medicine, within the framework of largely unchanged resources for the state, regional and local authorities and individuals. The implementation of the Committee's proposals will lead to a certain increase in the work for, above all, the National Board of Health and Welfare for the registration of practitioners of alternative medicine, for certain supervisory duties where the basic medical training is concerned, for other forms of supervision and control and for the establishment of a central coordinating committee.

Författningsförslag

Förslag till Lag om alternativmedicinsk verksamhet m.m.

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Med alternativmedicinsk verksamhet avses i denna lag åtgärder som syftar till att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador och som inte har godtagits i hälso- och sjukvården.

2 § Denna lag gäller den som utövar alternativmedicinsk verksamhet eller annan verksamhet på hälso- och sjukvårdens område och som inte omfattas av lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Registrering och skydd för yrkesbeteckning

3 § Den som genomgått av socialstyrelsen godkänd medicinsk basutbildning för alternativmedicinsk verksamhet skall efter ansökan registreras som alternativmedicinsk yrkesutövare. Den som visar att han på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens får också registreras.

Socialstyrelsen prövar frågor om registrering.

4 § I verksamhet på hälso- och sjukvårdens område får inte någon obehörigen ge sig ut för att vara registrerad alternativmedicinsk yrkesutövare.

5 § I lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. finns bestämmelser om ansvar för den som obehörigen använder yrkestitel eller betecknar sig legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården.

Inskränkningar i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område

6 § Den som mot ersättning utövar verksamhet på hälso- och sjukvårdens område får inte undersöka eller behandla barn under femton års ålder. Den som har registrerats som alternativmedicinsk yrkesutövare får dock undersöka eller behandla barn över tre års ålder, om barnet har regelbunden läkarkontakt och läkaren har vetskap om den alternativmedicinska undersökningen eller behandlingen. Barnet eller den som har vårdsnaden om barnet får inte uppmanas att avstå från den behandling som läkare ordinerat.

Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen får till skydd för enskilda föreskriva att den som mot ersättning utövar verksamhet på hälso- och sjukvårdens område inte får behandla vissa sjukdomar eller

använda vissa metoder.

Tillsyn

7 § Socialstyrelsen har tillsynen över efterlevnaden av denna lag samt föreskrifter och villkor som har meddelats med stöd av denna lag.

Ansvar

8 § Den som bryter mot någon av bestämmelserna i 4 eller 6 § döms till böter.

Ytterligare föreskrifter

9 § Regeringen bemyndigas att meddela ytterligare föreskrifter enligt denna lag. Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.

1. Denna lag träder i kraft den ...

2. Genom lagen upphävs lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

3. Om det i en lag eller i en författning som har beslutats av regeringen hänvisas till en föreskrift som har ersatts genom en föreskrift i denna lag, tillämpas i stället den nya föreskriften.

Förslag till

Lag om ändring i läkemedelsförordningen (1962:701)

Härigenom föreskrivs att 1 § 3 mom. läkemedelsförordningen skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §

3 mom. Vad i denna förordning stadgas skall, om socialstyrelsen ej i särskilt fall bestämmer annat, icke tillämpas beträffande

1. sådant medel, som ej innehåller någon verksam beståndsdel i en myckenhet överstigande en miljondel av medlets vikt,

2. sådant medel som enligt betryggande erfarenhet vid normalt bruk ej medför hälsorisker för människa eller djur och i vilket den verksamma beståndsdel är en växt- eller djurdel, ett mineral eller i naturen förekommande bakteriekultur, salt eller saltlösning,

2. Sådant medel som *vid angivet användningsområde* enligt betryggande erfarenhet vid normalt bruk ej medför hälsorisker för människa eller djur och i vilket den verksamma beståndsdel är en växt- eller djurdel, ett mineral eller i naturen förekommande bakteriekultur, salt eller saltlösning,

3. mineralvatten, mineralkällsalter, fruktsalter eller sådana för munhåla eller svalg avsedda pastiller och liknande beredningar, vilka icke innehålla annat än vad som enligt livsmedelslagen (1971:511) och med stöd av samma lag utfärdade bestämmelser får ingå i konfektyrer.

4. antroposofiskt medel som enligt betryggande erfarenhet vid normalt bruk ej medför hälsorisker för mänskliga och som viss läkare avser att ordinera.

Ej heller skall vad i förordningen stadgas gälla beträffande sådana medel som sårsvor, inandningsolja, antiseptiska lösningar, liniment och dylikt, vilka uppfylla de villkor i fråga om sammansättning och märkning, som socialstyrelsen föreskriver.

Beträffande medel som avses i första stycket 2 och som är avsett för injektion gäller lagen (1981:50) med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion.

Innan vara som avses i första stycket 2 och som inte är avsedd för injektion tillhandahålles förbrukare skall tillverkare, importör, eller den som först saluhåller varan göra anmälan till socialstyrelsen. Sådan vara skall märkas med uppgift om att medlet ej har genomgått för läkemedel föreskriven kontroll.

Innan vara som avses i första stycket 2 och som inte är avsedd för injektion *samt första stycket 4* tillhandahålles förbrukare skall tillverkare, importör, eller den som först saluhåller varan göra anmälan till socialstyrelsen. Sådan vara skall märkas med uppgift om att medlet ej har genomgått för läkemedel föreskriven kontroll. *Läkare som avses i första stycket 4 skall göra anmälan till socialstyrelsen.*

Denna lag träder i kraft den ...

Enligt den undersökning som gjorts i samband med införandet av den nya ordningen för tillstånd för utövande av yrket som läkare i kommuner och lärosjukhus, samt enligt beslutet från den 15:e september 1997, ska de lärosjukhus som nämns i bilagan till beslutet från den 15:e september 1997, inte omfattas av bestämmelserna i 10 kap. 1 och 2 i lagen (1987:30) om läkarutbildning och yrkesutövning för läkare.

Enligt den undersökning som gjorts i samband med införandet av den nya ordningen för tillstånd för utövande av yrket som läkare i kommuner och lärosjukhus, samt enligt beslutet från den 15:e september 1997, ska de lärosjukhus som nämns i bilagan till beslutet från den 15:e september 1997, inte omfattas av bestämmelserna i 10 kap. 1 och 2 i lagen (1987:30) om läkarutbildning och yrkesutövning för läkare.

Enligt den undersökning som gjorts i samband med införandet av den nya ordningen för tillstånd för utövande av yrket som läkare i kommuner och lärosjukhus, samt enligt beslutet från den 15:e september 1997, ska de lärosjukhus som nämns i bilagan till beslutet från den 15:e september 1997, inte omfattas av bestämmelserna i 10 kap. 1 och 2 i lagen (1987:30) om läkarutbildning och yrkesutövning för läkare.

Enligt den undersökning som gjorts i samband med införandet av den nya ordningen för tillstånd för utövande av yrket som läkare i kommuner och lärosjukhus, samt enligt beslutet från den 15:e september 1997, ska de lärosjukhus som nämns i bilagan till beslutet från den 15:e september 1997, inte omfattas av bestämmelserna i 10 kap. 1 och 2 i lagen (1987:30) om läkarutbildning och yrkesutövning för läkare.

Den här lag träder i kraft den 15:e september 1997.

Enligt denna lag träder i kraft den 15:e september 1997.

Enligt denna lag träder i kraft den 15:e september 1997.

Enligt denna lag träder i kraft den 15:e september 1997.

Enligt denna lag träder i kraft den 15:e september 1997.

Enligt denna lag träder i kraft den 15:e september 1997.

Enligt denna lag träder i kraft den 15:e september 1997.

Enligt denna lag träder i kraft den 15:e september 1997.

Enligt denna lag träder i kraft den 15:e september 1997.

Enligt denna lag träder i kraft den 15:e september 1997.

Enligt denna lag träder i kraft den 15:e september 1997.

Alternativmedicinkommitténs uppdrag och arbete

Regeringen beslutade den 20 december 1984 att tillsätta en kommitté med uppdrag att överväga frågor kring den s.k. alternativa medicinen. Kommittén som antagit namnet alternativmedicinkommittén, började sitt arbete i februari 1985.

Bakgrund

Frågor rörande alternativmedicin har under 1970- och 80-talen väckt stor uppmärksamhet och blivit föremål för ett omfattande intresse bland allmänhet och i massmedierna. Även inom landstingen och i riksdagen har den alternativa medicinen uppmärksammats. En rad motioner rörande bl.a. kiropraktik, naprapati, antroposofisk medicin, hälsohem m.m. har väckts i riksdagen. Inom landstingen har en rad interna utredningar gjorts om hälsohem och landstingen har sedan mitten av 1970-talet i en ökande grad remitterat patienter till behandling vid vissa hälsohem. Några av dessa har under 70- och 80-talen fått tillstånd att bedriva sin verksamhet som enskilda vårdhem. I Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens läns landsting har inrättats landstingsdrivna hälsohem eller liknande institutioner.

En annan fråga som väckt stor uppmärksamhet är naturmedlen som fr.o.m. 1978 får säljas med angivande av viss medicinsk användning utan att medlen är registrerade som läkemedel. Detta undantag från läkemedelsförordningen kan bl.a. sägas vara ett led i samhällets strävan att underlätta egenvård av tillfälliga och enklare åkommor.

Även inom socialstyrelsen har frågor om alternativ medicin ådragit sig en ökande uppmärksamhet. År 1974 uttryckte socialstyrelsen i en skrivelse till regeringen en positiv inställning till att undersökningar av medicinskt kontroversiella metoder kunde komma till stånd. Styrelsen förklarade sig också beredd att initiera och stödja sådana prövningar av metoder vilka ur allmän synpunkt kunde vara av intresse. Styrelsen förutsatte i skrivelsen att kontrollerade kliniska prövningar av detta slag skulle utformas som projekt. Dessa borde underställas socialdepartementet för prövning om och i vilken form ekonomiska resurser borde ställas till förfogande. Sådana prövningar har sedan kommit till stånd i begränsad utsträckning och vissa medel har ställts till förfogande av delegationen för social forskning (DSF).

Hösten 1984 hemställde socialstyrelsen att regeringen skulle tillsätta en utredning med syfte att kartlägga och förutsättningslöst pröva värdet av olika icke-konventionella eller alternativa metoder för förebyggande av ohälsa och

behandling av sjukdom som förekom utanför den etablerade hälso- och sjukvården. Utredningen borde även granska de icke officiella utbildningar som förekom på området och beakta behovet av samhällsstöd till forskning och utveckling av metoder som endast delvis accepterades av den vetenskapliga världen samt behovet av en översyn av den s.k. kvacksalverilagen till skydd för enskilda vårdsoökande.

2 Utredningsuppdraget

Direktiven (1984:46) till alternativmedicinkommittén återges i sin helhet i bilaga 1. Nedan redovisas en sammanfattning av utredningsuppdraget.

Sammanfattning

En kommitté bör tillsättas för att utreda frågor som rör den alternativa medicinen i vårt samhälle. Utgångspunkten för kommittén bör vara att den enskilde så långt det är möjligt får frihet att själv välja erbjudna behandlingsformer och behandlingsmetoder. Samtidigt måste den vårdsoökandes behov och säkerhet beaktas. Krav på yrkesutövare och metoder inom den alternativa medicinen måste givetvis ställas för att garantera patienternas säkerhet i vård och behandling. Detta innebär bl.a. att garantier måste skapas dels för att rätt diagnos blir ställd, även om en person som drabbats av sjukdom väljer att låta sig behandlas med alternativa metoder och dels för att de använda metoderna i sig inte är hälsovådliga.

En kartläggning bör göras av vilka alternativa metoder för hälso- och sjukvård som förekommer i landet. Kommittén bör även få till uppgift att kartlägga upplevda behov och efterfrågan av alternativa metoder. Kommittén bör därvid även belysa kulturella och sociala skäl till att personer söker sig till yrkesutövare utanför den etablerade hälso- och sjukvården. Den utbildning av sådana verksamheter som bedrivs vid t.ex. vid privata skolor och institut bör också kartläggas. Efter en inledande kartläggning har kommittén rätt att som den finner lämpligt begränsa sitt uppdrag för en fördjupad analys. Kommittén bör inom de ramar kommittén beslutar försöka ange de hälsomässiga värdena av olika metoder såväl i ett förebyggande som behandlande och rehabiliterande perspektiv. Kommittén bör pröva vilka alternativa metoder som kan vara av värde inom den etablerade hälso- och sjukvården. Kommittén bör även överväga lämpliga former för att informera allmänheten och myndigheter om alternativa metoder. Kommittén bör ge en Överblick över forsknings- och utvärderingsprojekt på området samt ha rätt att initiera eller föreslå nya sådana projekt. Kommittén bör försöka ta tillvara internationella erfarenheter och rön på området.

Kommittén bör se över nuvarande kvacksalverilag och föreslå ny lagstiftning. Kommittén äger därvid förutsättningslöst pröva hur den framtida regleringen av begränsningarna i rätten att vara verksam inom hälso- och sjukvården bör vara utformad.

I kommitténs uppdrag bör även ingå att överväga definitioner och avgränsningar inom området för den alternativa medicinen.

Kommittén bör vidare analysera i vilken utsträckning ersättnings skall kunna erbjudas patienter som får behandling med alternativa metoder inom ramen för nuvarande ersättningsystem.

Kommittén bör med förtur göra en utvärdering av lagen (1981:50) med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion samt redovisa förslag till framtida reglering före den 1 oktober 1985.

Kommitténs arbete bör vara avslutat under år 1988.

För alternativmedicinkommitténs arbete gäller dessutom de allmänna tilläggsdirektiv som utfärdats till samtliga kommittéer och särskilda utredare (Dir. 1984:5). Enligt dessa får kommitténs förslag inte öka de offentliga utgifterna eller minska statsinkomsterna. Vidare förutsätts att varje möjlighet till effektivisering av den offentliga sektorn tas till vara. Därutöver gäller kommittédirektiv till kommittéer och särskilda utredare angående beaktande av EG-aspekter i utredningsverksamheten (Dir. 1988:43). Enligt dessa direktiv

skall kommittéer och särskilda utredare bl.a. beakta att de möjligheter till harmonisering med EG som finns skall tas till vara.

3 Kommitténs arbete i stort

Alternativmedicinkommittén har haft 43 ordinarie sammanträden. Fyra av dessa har varit tvådagarsinternat. Vissa sammanträden har varit utformade som s.k. hearings med företrädare för olika grupper av alternativ behandling (akupunktur, homeopati, fotzontterapi, magnetterapi, massage, healing, alternativa psykoterapier och naturmedel) samt med läkare, vetenskapsmän och andra experter inom olika områden.

Kommittén har även gjort studiebesök vid Österåsens hälsohem, Vidarkliniken i Järna, Naprapatic School och Skandinaviska Chiropractorskolan i Stockholm, Karolinska Institutet samt hos kiropraktor Peter W Lövgren, Stockholm. Dessutom har kommittén genomfört två utlandsresor. Den första gick till Västtyskland och Schweiz i mars 1986. Bl.a. besöktes flera sjukhus och institutioner som behandlar patienter med antroposofisk eller biologisk medicin. Inom ramen för resan arrangerades också diskussioner med ansvariga myndigheter i Basel och Bonn. Erfarenheter från resan har sammanfattats i en stencilerad reserapport. Den andra resan genomfördes i september samma år och gick till Fjärran Östern – Indien, Filippinerna och Kina. Också denna resa har sammanfattats i en stencilerad rapport. I Indien studerades de traditionella medicinska systemen Ayurveda och Unani samt yoga. I Filippinerna tog kommittén del av forskning kring naturmediciner och den speciellt filippinska traditionella healingformen där helarna "opererar" med bara händerna. Därefter fortsatte kommittén till Kina. Studiebesök gjordes bl.a. vid en utbildningsanstalt för traditionell medicin i Peking och vid sjukhus för akupunktur och qi qong, örtmedicin m.m. I samtliga länder fick kommittén tillfälle att diskutera med företrädare för hälsovårdsmyndigheterna. Ordföranden och två sekreterare genomförde hösten 1987 en studieresa till Danmark. Utöver arrangerade besök, konferenser och överläggningar har sekretariatet haft ett mycket stort antal kontakter med företrädare för olika alternativmedicinska grupper, med medicinska och andra experter, med myndigheter samt andra intressenter inom och utom landet.

Inom ramen för kommitténs arbete har följande expert- och arbetsgrupper varit verksamma:

Expertgrupp för beteendevetenskapliga undersökningar

Expertgrupp för kiropraktorfrågan

Expertgrupp för hälsohem

Arbetsgrupp för forskningsfrågor inom alternativmedicinen Arbetsgrupp för redigering av kartläggningen av alternativa terapier

Kommittén har givit ut följande publikationer:

Injektion av naturmedel, ett delbetänkande av alternativmedicinkommittén (Ds S 1985:5)

Legitimation för vissa kiropraktorer, delbetänkande av alternativmedicinkommittén (SOU 1987:12)

Fakta och röster om alternativmedicin, en delrapport från alternativmedicinkommittén, Allmänna förlaget, 1987

4 Arbetet med injektionslagen

Alternativmedicinkommittén avlämnade 1985 ett delbetänkande (Ds S 1985:5) rörande injektion av naturmedel. I betänkandet föreslogs att lagen (1981:50) med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion – populärt benämnd injektionslagen – efter en femårig försöksperiod skulle fortsätta att gälla i stort sett oförändrad. Kommittén föreslog endast marginella förändringar som främst syftade till att skapa sådana öppningar som hittills saknats, bl.a. en dispensregel som ger regeringen möjlighet att i enskilda fall medge undantag från lagen. Avsikten var att få till stånd försöksverksamheter. Vidare föreslogs att socialstyrelsen skulle få rätt att dispensera från de av regeringen fastställda anmälningsavgifterna. I detta sammanhang förordade kommittén åtgärder som skulle kunna medföra viss allmän sänkning av avgifterna. När det gällde marknadsföringsfrågor förordade kommittén i stället vissa skärpningar inbegripande att man i dessa frågor så långt det vore möjligt skulle tillämpa samma regler och bedömningar som för registrerade läkemedel.

I avvaktan på riksdagens ställningstagande till alternativmedicinkommitténs betänkande framlade regeringen en proposition (1985/86:33) till riksdagen angående en dispensregel som skulle göra det möjligt för regeringen att medge försöksverksamhet med behandling med antroposofiska mediciner vid Vidarkliniken i Järna utan att dessa injektionsmedel skulle provas enligt lagen. Riksdagen beslutade enligt detta förslag i december 1985.

Vidarkliniken i Järna har därefter vid ett flertal olika tillfällen begärt dispens från injektionslagen beträffande de injektionsmedel man önskat använda vid kliniken, inalles 50 preparat i olika styrkor. Regeringen har, efter att ha hört socialstyrelsens läkemedelsavdelning och alternativmedicinkommittén, bifallit Vidarklinikens ansökningar efter hand som preparaten steriltestats och befunnits vara bakteriefria.

Dispensen från injektionslagen för Vidarkliniken gäller tills vidare dock längst till utgången av år 1992. Från den 1 januari 1988 har dispensen gällt under förutsättning att en förstudie av docent Elisabeth Hamrin (numera professor vid högskolan i Linköping), vid Akademiska sjukhuset i Uppsala rörande verksamheten vid Vidarkliniken då hade tagit sin början. Studien hade initierats och planerats i samarbete med alternativmedicinkommittén. Avsikten var att resultatet av undersökningen skulle ligga till grund för en fortsatt försöksverksamhet vid Vidarkliniken.

Åt alternativmedicinkommittén uppdrogs att följa undersökningen och verksamheten vid Vidarkliniken. Elisabeth Hamrin har i samarbete med alternativmedicinkommittén och forskningsrådsnämnden genomfört en pilotstudie vid Vidarkliniken. Studien har preliminärt redovisats för kommittén under maj månad år 1989 och en definitiv rapport kommer att läggas fram under hösten 1989.

5 Arbetet med kiropraktorfrågan

Under en följd av år har det i riksdagen väckts motioner om en legitimering av Doctors of Chiropractic. Kiropraktorfrågan har tidigare varit föremål för utredning inom den s.k. medicinalansvarskommittén och ett särskilt betänkande (Ds S 1979:2) Kiropraktorer m.fl. avlämnades av medicinalansvarskommittén i april 1979. Denna utredning avvisade tanken på en särskild legitimation av kiropraktorer såsom självständiga yrkesutövare med behörighet att ställa diagnos och arbeta helt efter denna. Ställningstagandet grundades framför allt på den osäkerhet som ansågs råda om det medicinska värdet av manuell behandling och på att kiropraktorerna inte bedömdes ha den breda medicinska utbildning som krävdes för att som självständiga yrkesutövare kunna inordnas i den av samhället sanktionerade sjukvården. För att ge bättre underlag för en vetenskaplig värdering av kiropraktiken föreslog medicinalansvarskommittén en försöksverksamhet som skulle närmare utformas och utvärderas av socialstyrelsen. Regeringen uppdrog i mars 1980 åt socialstyrelsen att i samråd med Landstingsförbundet utarbeta en projektplan för en försöksverksamhet med kiropraktorer inom den offentliga sjukvården. På grund av olika svårigheter kunde projektet emellertid inte genomföras trots att åtskilliga försök gjordes.

Alternativmedicinkommittén beslutade att år 1986 tillsätta en expertgrupp med uppgift att inhämta fakta och bereda kommitténs ställningstagande i kiropraktorfrågan. Efter drygt ett års arbete kunde kommittén till regeringen avlämna delbetänkandet Legitimation för vissa kiropraktorer (SOU 1987:12). Betänkandet remissbehandlades och i februari år 1989 framlade regeringen en proposition (1988/89:96) om legitimation för vissa kiropraktorer m.m. för riksdagen. Riksdagen beslöt i maj år 1989 i enlighet med propositionens förslag att de kiropraktorer som har examen som Doctor of Chiropractic från godkänd utländsk högskola eller bedöms ha motsvarande utbildning, skall efter ansökan kunna erhålla legitimation fr.o.m. den 1 juli 1989. De skall dessutom ha fullgjort praktiktjänstgöring i svensk hälso- och sjukvård motsvarande ett års heltidstjänstgöring och ha nödvändiga kunskaper i svenska, danska eller norska språken. Frågor om meddelande av legitimation skall prövas av socialstyrelsen. Yrkesbeteckningen legitimerad kiropraktor har fått straffrättsligt skydd.

2. Arbetet med kirurgiska sjukhus

Arbetet med kirurgiska sjukhus har varit ett av de viktigaste i vår sjukvård sedan 1917, då det första kirurgiska sjukhuset öppnades i Stockholm.

4. Arbetet med kirurgiska sjukhus

Under en följd av år har det i vården varit nödvändigt att i enlighet med de krav som ställts på kirurgiska sjukhusen, utvidga verksamheten och förbättra förhållandena. Detta har gjorts genom att bygga nya sjukhus och utvidga de gamla. Detta har varit nödvändigt för att kunna tillgodosena de ökande behoven av kirurgiska sjukhusvård. Detta har varit en viktig del i vår sjukvård sedan 1917, då det första kirurgiska sjukhuset öppnades i Stockholm.

Arbetet med kirurgiska sjukhus har varit ett av de viktigaste i vår sjukvård sedan 1917, då det första kirurgiska sjukhuset öppnades i Stockholm. Detta har gjorts genom att bygga nya sjukhus och utvidga de gamla. Detta har varit nödvändigt för att kunna tillgodosena de ökande behoven av kirurgiska sjukhusvård. Detta har varit en viktig del i vår sjukvård sedan 1917, då det första kirurgiska sjukhuset öppnades i Stockholm.

Arbetet med kirurgiska sjukhus har varit ett av de viktigaste i vår sjukvård sedan 1917, då det första kirurgiska sjukhuset öppnades i Stockholm. Detta har gjorts genom att bygga nya sjukhus och utvidga de gamla. Detta har varit nödvändigt för att kunna tillgodosena de ökande behoven av kirurgiska sjukhusvård. Detta har varit en viktig del i vår sjukvård sedan 1917, då det första kirurgiska sjukhuset öppnades i Stockholm.

Under en följd av år har det i vården varit nödvändigt att i enlighet med de krav som ställts på kirurgiska sjukhusen, utvidga verksamheten och förbättra förhållandena. Detta har gjorts genom att bygga nya sjukhus och utvidga de gamla. Detta har varit nödvändigt för att kunna tillgodosena de ökande behoven av kirurgiska sjukhusvård. Detta har varit en viktig del i vår sjukvård sedan 1917, då det första kirurgiska sjukhuset öppnades i Stockholm.

Arbetet med kirurgiska sjukhus har varit ett av de viktigaste i vår sjukvård sedan 1917, då det första kirurgiska sjukhuset öppnades i Stockholm. Detta har gjorts genom att bygga nya sjukhus och utvidga de gamla. Detta har varit nödvändigt för att kunna tillgodosena de ökande behoven av kirurgiska sjukhusvård. Detta har varit en viktig del i vår sjukvård sedan 1917, då det första kirurgiska sjukhuset öppnades i Stockholm.

Arbetet med kirurgiska sjukhus har varit ett av de viktigaste i vår sjukvård sedan 1917, då det första kirurgiska sjukhuset öppnades i Stockholm. Detta har gjorts genom att bygga nya sjukhus och utvidga de gamla. Detta har varit nödvändigt för att kunna tillgodosena de ökande behoven av kirurgiska sjukhusvård. Detta har varit en viktig del i vår sjukvård sedan 1917, då det första kirurgiska sjukhuset öppnades i Stockholm.

1 Utgångspunkter för kommitténs överväganden och förslag

Sammanfattning

Alternativmedicinkommittén har som utgångspunkt för sitt arbete haft ett öppet förhållningssätt till den alternativa medicinen. Även om en behandling skulle vara överksam måste principen om människors rätt att fritt välja behandling respekteras.

Orsakerna till den alternativa medicinens utbredning är många och sammanhangen komplexa. Utbredningen av den alternativa medicinen är att se som ett bland många uttryck för människors strävan mot ökat välbefinnande och en bättre livskvalitet.

Kommittén har haft svårigheter att allsidigt värdera den alternativa medicinen men konstaterar att förutom det faktiska medicinska värde som vissa terapier kan ha, och som kan vara svårt att isolera från förväntanseffekter, det ofta förekommer positiva upplevelser av behandlingen.

Vissa studier antyder att risker är förknippade med viss alternativmedicinsk behandling. Kommittén konstaterar dock att de risker som föreligger mera är att hänföra till enskilda behandlares bristande kompetens än till metoderna i sig. Enligt kommittén finns det i huvudsak två vägar att komma till rätta med riskerna. Den ena är restriktioner, den andra att öka behandlarnas kompetens i medicinska ämnen så att de skall kunna avgöra vilka fall de inte bör ta befattning med utan hänvisa till den etablerade hälso- och sjukvården. Kommittén menar att det pågår en utveckling i riktning mot större säkerhet inom det alternativmedicinska området.

I kapitlet diskuteras också vissa etiska problemställningar. Huvudfrågan är därvid vilka inskränkningar som måste göras i den enskildes rätt och möjligheter att välja medicinsk behandling för att generella krav på en acceptabel säkerhet skall kunna tillgodoses.

Kommittén gör slutligen den bedömningen att den alternativa medicinen i framtiden troligen kommer att öka ytterligare men att den samtidigt också kommer att utsättas för en hårdare granskning än hittills.

1.1 Ett förändrat synsätt

Den hälso- och sjukvård som samhället ansvarar för har som övergripande mål en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hit kan den sjuke alltid vända sig. Hälso- och sjukvården skall planeras efter människornas behov och utgår från en helhetssyn på människan. I olika avseenden genomgår hälso- och sjukvården en snabb utveckling. Samtidigt har människornas anspråk på vården ökat. Synen på vad som är ohälsa har förändrats och allt färre godtar ohälsa som ett naturligt inslag i mänskligt liv. Det säger sig därför själv, att hälso- och sjukvården inte alltid kan leva upp till alla de krav som

ställs.

Vid sidan av omhändertagandet inom hälso- och sjukvården erbjuds den sjuke främst utanför hälso- och sjukvården olika alternativa behandlingsmetoder. Tidigare betecknades dessa metoder oftast som kvacksalveri och det ansågs vara en uppgift för staten att motarbeta verksamheten i alla dess former. Särskilt svårigheterna att förmå människorna att avstå från att uppsöka alternativa behandlare gjorde att den ändå i viss utsträckning kom att tolereras.

Efter hand har uppfattningen, att valet mellan etablerad medicin och alternativ medicin i stort sett är en sak som varje människa själv har att göra, alltmer vunnit insteg. Det är mot denna bakgrund som kommitténs uppdrag att pröva olika frågor om den alternativa medicinen måste ses.

Kommittén ansluter sig till det redovisade öppna synsättet. För egen del vill kommittén tillägga följande.

Det är visserligen många gånger oklart, vad en viss alternativmedicinsk behandlingsform har att erbjuda människorna. Enligt kommitténs sätt att se är detta som regel ändå inte något skäl för att hindra dem att välja behandlingen i stället för ett omhändertagande av den etablerade medicinen. Än mindre är det skäl att klandra dem för detta val. Behandlingen må vara överksam och motiven för valet oklara; människornas rätt att fritt välja måste ändå respekteras. Det kan med andra ord inte vara en uppgift för staten att i en sådan utpräglat personlig fråga ingripa annat än om påtagliga risker för liv eller hälsa hotar. Även i valet mellan etablerad och alternativ medicin bör följaktligen det gamla talesättet att patienten alltid har rätt vara vägledande.

1.2 Orsaker till användningen av alternativ medicin

Orsakerna till den alternativa medicinens utbredning är många och sammanhangen är komplexa. Det har hävdats att den bl.a. har att göra med synen på hälsan, som genomgått stora förändringar. I början av seklet, och i synnerhet i det förindustriella samhället, betraktades hälsan som en gåva som människan fått i ett visst mått. Man ansåg att sjukdom drabbade människan, och både när det gällde hälsa och sjukdom kunde hon själv i mycket ringa utsträckning påverka det som hände. Man hade hälsan och man blev sjuk. Ofta förknippade man hälsa och sjukdom med religiösa föreställningar om synd och straff.

Under de senaste årtiondena har utvecklats en motsatt syn på hälsan. Inom många s.k. hälsoorganisationer hävdas att nästan all ohälsa går att påverka om man bara iakttar de rätta levnadsreglerna: reningsprocesser, kostregimer, rörelsesystem som yoga, avspänning m.m.

Kraven på att alltid må bra har ökat och samtidigt ökar påfrestningar från den omgivande fysiska, psykiska och sociala miljön. Detta anses vara viktiga skäl till att människor försöker egenvårdskurer eller går till alternativa behandlare för att få den hjälp som de upplever inte erbjuds av den etablerade medicinen.

Även andra orsaker har diskuterats i samband med den alternativa medicinens utbredning. Miljöförstöring, högteknologi och urbanisering

skrämmer många människor och har skapat en motpol som kan beskrivas i termer av naturnärhet, enkel livsföring, ökad självhushållning, återvinning etc. Hälsorörelsen kan generellt sägas omfatta ett antal gemensamma nämnare eller värderingar såsom skepsis mot den etablerade vetenskapsvärlden, en längtan efter ett tryggare samhälle och en ökad miljömedvetenhet. Studier har visat att vissa personer väljer sin livsföring från ett ideologiskt perspektiv, av samvetsskäl. De betraktar den internationella resursfördelningen som orättvis och kosten blir därigenom ett medvetet val och en identitetsmarkering. Andra människor finner att hälsorörelsen med en alternativ livsföring ger trygghet. Vegetarism kan också vara en konsekvens av en djupt etisk syn på tillvaron som kanske inspirerats av en Albert Schweitzer eller Mahatma Gandhi – det är fel att döda för att leva.

För andra människor är ohälsan den viktigaste orsaken till en alternativ livsföring. Det kan gälla alltifrån människor som äter kli mot trög mage till den cancersjukes totala satsning på ett nytt kostsystem som ett sista halmstrå. Ytterligare en grupp köper fastepaket och tränar efter den senaste modevågen; människor som inte har någon ideologisk förankring utan använder det stora kommersiella utbudet på hälsosidan för mera avgränsade syften.

Alternativmedicinkommitténs i samarbete med statistiska centralbyrån, SCB, år 1985 genomförda enkätundersökning (kap. 4) pekade på två huvudfaktorer vid spridningen av alternativ behandling. Den ena är rekommendationen från närstående personer: familjemedlemmar, arbetskamrater etc. Den andra faktorn var missnöje med hälso- och sjukvården. Missnöjet kan ha berott på att man inte fått den vård och behandling som man önskat eller att man av andra skäl inte funnit sig till rätta med den officiella vården. Speciellt gäller detta människor med svårbehandlade kroniska sjukdomar och psykosomatiska sjukdomar.

Undersökningar och erfarenheter tyder på att orsakerna till den alternativa medicinens spridning kan vara mycket skiftande och att människors motiv för att söka hjälp av alternativmedicinska behandlare kan vara mycket olika. Enligt kommitténs uppfattning kan den alternativa medicinen inte ses isolerad från samhällsutvecklingen i övrigt utan är snarare ett av flera uttryck för människans strävan mot ett ökat välbefinnande och en höjd livskvalitet.

1.3 Värdet av alternativ medicin

Enligt sina direktiv skall kommittén söka ange det hälsomässiga värdet av metoder inom den alternativa medicinen samt även ange vilka alternativa metoder som eventuellt kan vara av värde inom den etablerade medicinen.

Kommittén konstaterade redan i början av sitt arbete att frågan om den alternativa medicinens värde sönderfaller i minst två delar. Dels ett objektiva – dvs. ett med vetenskapliga instrument fastställbart – värde av de olika terapierna och dels människors upplevelse av alternativ behandling.

Kommittén har inte haft möjlighet att själv genomföra eller – med få undantag – initiera forskning och utvärdering av olika terapier och har därför varit hänvisad till att försöka bedöma den förhållandevis begränsade forskning som redan utförts inom det alternativmedicinska området. Kommittén uppdrog

därför åt socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet att inventera den forskning som genomförts på ett begränsat antal terapier samt att sammanställa och utvärdera denna. Uppdraget innefattade även forskningen om placeboeffekter. Resultatet av inventeringen presenteras i *Värdering av alternativmedicinska teknologier* (SOU 1989:63). Enligt kommitténs uppfattning visar sammanställningen att de studerade terapierna har ett begränsat medicinskt värde. För merparten av alternativa terapier finns det dock inga vetenskapliga studier redovisade varför det har varit omöjligt att göra en total medicinsk värdering av den alternativa medicinen.

Hur skall man då bedöma det värde som människor upplever av alternativ behandling? Detta går endast att fastställa genom att fråga människor om deras erfarenhet av sådan behandling och vad de anser om den. Kommitténs och SCB:s enkätundersökning (kap. 14) visade att ca 70 % av de som fått alternativmedicinsk behandling upplevde sig bli besvärsfria eller bättre av denna behandling. Endast 1 % ansåg sig ha blivit sämre.

Utöver dessa försök att fastställa värdet av den alternativa medicinen har kommittén haft kontakt med utövare av olika terapier, med fristående bedömare och även med patienter.

Det finns anledning att understryka att även om åtskilliga data ligger till grund för kommitténs försiktiga ställningstaganden så är det nära nog omöjligt att göra helt invändningsfria påståenden. Vetenskapliga studier kan kritiseras, t.ex. om resultat som kommit fram vid någon eller några undersökningar visar sig svåra att upprepa. Tillgängliga vetenskapliga metoder har i vissa fall visat sig vara svåra eller olämpliga att använda vid studiet av vissa alternativa terapier. Frågors formulering har betydelse för svaren osv. En svårighet har också varit att kommittén i realiteten inte haft några data bakåt i tiden att jämföra med. I framtiden kommer situationen att vara en annan. Då blir det möjligt att studera en utveckling.

Trots alla invändningar som kan göras mot det vetenskapliga underlaget anser ändå kommittén, att de studier som hittills gjorts är en acceptabel utgångspunkt för de överväganden och förslag som presenteras i följande kapitel.

1.4 Patientens valfrihet, behov och säkerhet

1.4.1 Patientens behov och valfrihet

En viss andel av befolkningen har någon gång besökt alternativ behandlare (ungefär var femte svensk över 16 år) och kan därigenom sägas ha givit uttryck för ett behov av alternativ behandling. Betydligt flera (i genomsnitt ca 60 % av befolkningen) har uttalat, att de i händelse av fysiska eller psykiska besvär skulle kunna tänka sig att ta kontakt med alternativ behandlare. Det primära för de flesta människor torde dock inte vara att få behandling av alternativ behandlare speciellt utan att få hjälp vid sjukdom. Behovet i detta fall kan sägas vara relaterad till dels hälso- och sjukvårdens kapacitet att möta behov och efterfrågan, dels vårdens kvalitet, dvs. vårdens förmåga att ge sådan hjälp som patienten upplever vara den bästa möjliga.

Hälso- och sjukvården skall ge alla människor hjälp vid sjukdom i enlighet

med det mål som är fastställt i hälso- och sjukvårdslagen. Om en person ändå väljer att låta sig behandlas av en alternativ terapeut bör denne ha sådana kunskaper i medicinska ämnen att han kan avgöra när han själv inte bör ta ansvaret för behandlingen utan sända patienten vidare till hälso- och sjukvården.

Att tillförsäkra människor valfrihet i medicinska frågor och vårdfrågor kan vara förenat med både praktiska och principiella problem. Valfriheten begränsas ofta av geografiska, ekonomiska, kulturella och liknande faktorer och är sällan fullständig. Frihet att välja behandlingsmetod kan tolkas så, att den enskilde skall ha möjlighet att vid ohälsa välja annan behandling än den som den etablerade medicinen kan erbjuda. Detta förutsätter att sådan behandling finns att tillgå och att patienten har råd och möjlighet i övrigt att söka kontakt med den önskvärda behandlingsformen. Valfriheten måste anses ligga däri att patienten skall ha en laglig möjlighet och frihet att komma i kontakt med alternativa behandlingsformer om han kan lösa de övriga problem som är förknippade med att söka denna behandling. Staten har i detta avseende dock inte något ansvar för att behandlingsformen finns just där vederbörande är bosatt, eller åtar sig det ekonomiska ansvaret för denna behandling.

1.4.2 Vilka och hur stora är riskerna med alternativ behandling?

I all medicinsk verksamhet föreligger en risk för felbedömning och felbehandling som måste övervägas. I vissa sammanhang kan exempelvis en följdkomplikation vara lätt att hantera medicinskt om risken är helt försumbar. I andra sammanhang kan risken vara avsevärd och måste då vägas mot nyttan av terapin. Ju allvarligare sjukdom desto större risk accepteras i allmänhet, t.ex. i form av allvarliga biverkningar vid medicinering.

Den alternativa medicinen är ytterligt heterogen och det är omöjligt att i allmänna termer tala om den alternativa medicinen som säker eller riskfylld. Enligt erfarenheter som inhämtats från olika källor anser kommittén att man kan skilja på i huvudsak fyra typer av risker:

- Biverkan av alternativmedicinsk behandling
- Felaktig behandling
- Fördröjd adekvat behandling (exempelvis genom att felaktig diagnos ställts)
- Av läkare föreskriven behandling har avbrutits (exempelvis för patienten nödvändig medicinering)

En enkät utförd år 1988 av Svenska Läkaresällskapet (referens se 7.7.4) visar en provkarta på skador som uppges ha inträffat i samband med alternativmedicinsk behandling, en del mycket allvarliga. Att felbehandling dock sällan tas upp till rättslig prövning visar en rundfråga av Kommittén för alternativ medicin, KAM, till 97 av landets tingsrätter. Endast hos 12 tingsrätter hade mål förekommit enligt kvacksalverilagen. Inget fall påträffades där patienten hade hindrats eller försenats att komma till hälso- och sjukvården.

Den enkät som kommittén utfört tillsammans med SCB visar att 1 % blivit sämre av alternativ behandling, vilket, enligt kommittén är en indikator på att

riskerna för felbehandling inte utgör något stort problem, kvantitativt sett. Kommittén förfogar inte över några uppgifter som pekar ut någon speciell terapi som särskilt riskfylld varför frågan om den alternativa medicinen är riskfylld eller inte mera torde vara en fråga om behandlarens kompetens än om metoden i sig.

Kommittén är dock angelägen betona att risken för skador till följd av alternativ behandling inte på något sätt får negligeras och att denna fråga noga bör bevakas av socialstyrelsen inom ramen för sitt tillsynsansvar.

1.4.3 Kan man minimera riskerna och öka säkerheten?

Vägarna till en ökad trygghet för de patienter som väljer att anlita alternativ behandlare är i huvudsak två, nämligen restriktioner och säkrare behandling. Den gällande lagstiftningen från 1960 innehåller begränsningar för alternativmedicinsk utövning, vilket dock inte lett fram till önskat resultat. Trots att det exempelvis är förbjudet att behandla barn under 8 år sker detta ofta enligt barnläkarens erfarenhet. Motsvarande gäller allvarliga sjukdomar, som är förbjudna att behandla enligt kvacksalverlagen, exempelvis cancer. Den alternativa behandlingen kan göras säkrare genom att behandlarnas kompetens höjs. I jämförelse med den situation som rådde inför tillkomsten av 1960 års lag ser det helt annorlunda ut idag. Då fanns knappast någon kvalificerad utbildning av behandlare inom landet, de flesta var självlärd. I dag har en avsevärd andel av de alternativa behandlarna genomgått någon av de skolor med alternativmedicinsk utbildning som finns i Sverige. Dessa skolor har som regel också viss undervisning i medicinska ämnen.

Kommittén för alternativ medicin, KAM, arbetar bl.a. med att skapa ett utbildningssystem innehållande både en medicinsk basutbildning och en utbildning i de speciella alternativa terapierna. KAM är en samverkansorganisation för intresseorganisationer, skolor och företag inom alternativsektorn. Alternativmedicinkommittén har i kapitel 3 diskuterat lämplig nivå på den medicinska basutbildningen.

Det nya, i förhållande till den situation som rådde på femtitalet, är således att gruppen alternativbehandlare har en bättre medicinsk kunskapsbas än tidigare och har därmed också rimligen bättre möjlighet att göra riktiga medicinska bedömningar. Fortfarande finns dock många behandlare med ringa utbildning och svårbedömd erfarenhet.

Sammanfattningsvis har, när det gäller människors behov och säkerhet, å ena sidan den alternativa medicinen expanderat kraftigt under senare decennier, vilket innebär en risk både för människors hälsa och för geschäft. Å andra sidan har under senare år påtagliga insatser gjorts för självsanering av exempelvis naturmedelsbranschen och när det gäller utbildning av behandlare m.m. Det finns anledning att förmoda att denna utveckling kommer att fortsätta. Trots detta anser kommittén att det även i fortsättningen behövs vissa restriktioner som dock tar stor hänsyn till krav och önskemål hos medborgarna att i princip fritt kunna välja sin vård och behandling.

1.4.4 Några etiska problem

De första kända reglerna för medicinsk etik formulerades redan av Hippokrates omkring år 400 f.Kr. En grundläggande handling i etiska frågor är FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna där det slås fast, att "erkännandet av det inneboende värdet hos alla medlemmar av människosläktet och av deras lika och oförbytliga rättigheter är grundvalen för fred och frihet i världen". Moderna regler för medicinsk etik är framför allt FN-deklarationen om medicinsk etik antagen av FN:s generalförsamling år 1982. Dessa principer är tillämpliga på hälso- och sjukvårdspersonal, särskilt läkare, framför allt "vid skydd av fångar och andra frihetsberövade personer mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning". I Sverige finns läkarregler som antagits av Sveriges läkarförbund, i vilka bl.a. framhålls att läkaren skall handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och att läkaren inte får göra sin auktoritet gällande så att han inkräktar på patientens rätt att bestämma över sig själv.

Mot bakgrund av händelserna under andra världskriget skrevs i anslutning till Nürnberggrättegången 1947 de första specifika etikreglerna för biomedicinsk forskning. Dessa regler har sedan utvecklats ytterligare. Det mest kända dokumentet är den s.k. Helsingforsdeklarationen från år 1964 (reviderad senast år 1983).

Helsingforsdeklarationen reglerar biomedicinsk forskning som innefattar försök på människa. En praktisk konsekvens av deklarationen för svenskt vidkommande är att forskningsetiska kommittéer har inrättats i varje sjukvårdsregion. Enligt överenskommelse mellan statliga myndigheter, landstingen, universiteten m.fl. skall i princip all svensk medicinsk forskning, där mänskliga individer är objekt, i förväg granskas och godkännas av någon av dessa kommittéer (se vidare kap. 7).

De etiska frågorna är föremål för stort intresse och särskilda grupper och kommittéer för medicinsk etik finns bl.a. inom socialstyrelsen och läkarorganisationerna. Regeringen har tillsatt ett speciellt råd för medicinsk-etiska frågor.

Kommittén har inte gjort någon analys av de etiska frågor som är förknippade med den alternativa medicinen. I princip kan sägas att de etiska regler och problem som gäller för hälso- och sjukvården i stort äger tillämpning även inom alternativmedicinen, exempelvis när det gäller förhållandet behandlare – patient. Vissa problem är speciella och gäller främst relationen mellan hälso- och sjukvården och den alternativa vården. I kommitténs delbetänkande Injektion av naturmedel (Ds 1985:5) konstaterade således kommittén att tillämpningen av lagen var förenad med en grundläggande etisk frågeställning.

Problemet uppstår, när en patient av en läkare begär att komma i åtnjutande av naturmedel för injektion, som får förskrivas endast av läkare och tillhandahålls på apotek. Patienten kan få sådan behandling under vissa förutsättningar, men läkaren skall upplysa honom om den verksamma terapi som enligt vetenskap och beprövad vetenskap finns att tillgå.

Den etiska konflikten för läkaren, om han skriver ut naturmedlet, är att han, enligt sin uppfattning, ger patienten falska förhoppningar och att den enda effekten möjligen är en förväntanseffekt, en effekt som han sedan minimerar

genom sin information till patienten.

En annan problemsituation gäller behandling av barn. I kvacksalverilagen finns en gräns för alternativ behandling av barn vid åtta år. Gränsen har tillkommit därför att det har bedömts vara riskfullt att behandla barn med alternativ terapi och därför att små barn inte själva har någon möjlighet att välja behandling. Barnläkare, som kommittén varit i kontakt med, konstaterar dock, som tidigare nämnts, att alternativ behandling av barn under åtta år förekommer i ganska stor utsträckning. Detta har också konstaterats i undersökningar. Enligt kvacksalverilagen skall fall som uppdragas anmälas till åklagare för rättslig prövning. Det är dock sällan som någon sådan anmälan görs då de flesta barnläkare anser att detta skulle försämra kontakten med patienten och föräldrarna.

Den etiska frågeställningen liknar den föregående. Att gå fram på ett ur rättslig synpunkt helt korrekt sätt kan i vissa fall eventuellt skada relationen mellan läkaren och patienten, vilket i sin tur kan leda till att sjukdomsprocessen påverkas i en negativ riktning. Läkaren väger vanligen denna tänkbara konsekvens mot riskerna med den alternativa behandlingen.

Det etiska dilemmat uppstår i situationer av konflikt mellan övertygelse och krav. Läkaren i gemen kan känna sig nödsakad att mot sin övertygelse tillmötesgå patientens önskemål om en viss behandling. Även om läkarens handlingsmöjligheter är begränsade (se kap. 2) finns ändå ett visst handlingsutrymme där läkarens förhållande till patienten kan sättas på svåra prov.

För den alternativt inriktade läkaren kan dilemmat (= den etiska konflikten) uppstå om han av olika bestämmelser är förhindrad att sätta in den behandling han tror är den bästa för patienten.

Det större etiska problemet gäller dock vilka inskränkningar som måste göras i den enskildes möjlighet att välja behandling – ytterst en fråga om rätten att bestämma över sina handlingar och sitt liv – för att generella krav på rimlig säkerhet skall kunna tillgodoses. Samhället måste här, enligt kommitténs uppfattning, gå en balansgång, vilket innebär att även i fortsättningen situationer kan uppstå där den enskildes frihet kan tvingas stå tillbaka inför kraven på säkerhet och trygghet. Målet för kommitténs arbete har dock varit att tillförsäkra den enskilde största möjliga frihet att välja vård och behandling. De inskränkningar som ändå måste göras har tillkommit för att ge värn och trygghet mot skador, felaktig behandling och geschäft.

1.5 Den alternativa medicinens utveckling

1.5.1 En ständigt fortgående förändring

Det kan vara av värde att studera utvecklingen när det gäller hälso- och sjukvården och den alternativa medicinen över en litet längre tidsperiod än några få år. Vilka viktiga förändringar har skett under den period kvacksalverilagen har funnits? En intressant jämförelse är vad som räknades som kvacksalveri år 1951, vilket framgår av *tabell 1*.

Tabell 1. Beräkning av antalet svenska kvacksalvare år 1951.

| Beteckning | Antal | Därav ambulerande | Kvacksalveriet antaget vara huvudsyssla | Praktikens omfattning angiven vara | | |
|--|-------|-------------------|---|------------------------------------|---------|-------|
| | | | | stor | måttlig | ringa |
| Homeopater | 305 | 71 | 110 | 50 | 18 | 21 |
| Kiropraktorer | 46 | 13 | 28 | 13 | 4 | — |
| Massörer | 8 | 2 | 4 | — | 1 | 2 |
| Fotspecialister, ortopedier | 8 | 2 | 1 | — | 1 | — |
| Bandagister | 1 | 1 | — | — | — | — |
| Ischiasspecialister | 1 | — | — | — | — | — |
| Osteopater | 1 | 1 | 1 | 1 | — | — |
| Leddragare, bengubbar | 9 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| Bensårsspecialister | 1 | 1 | — | 1 | — | — |
| Åderlåtare, koppare | 4 | 1 | — | — | — | 2 |
| Igelsättare | 1 | — | — | — | — | 1 |
| Kloka gubbar och gummor i övrigt | 44 | 1 | 12 | 6 | 6 | 17 |
| Naturläkare, örtmedicinärer | 14 | 1 | 6 | 3 | 1 | 3 |
| Elektroterapeuter | 3 | — | 2 | — | 2 | — |
| Skönhetspecialister | 2 | 1 | 2 | — | — | — |
| Hudspecialister | 2 | 1 | 1 | — | — | — |
| Hårspecialister | 6 | 4 | 4 | 1 | — | — |
| Talpedagoger | 1 | 1 | — | — | — | — |
| Psykoterapeuter | 2 | 1 | 1 | — | 1 | — |
| Psykoanalytiker | 3 | — | — | — | — | — |
| Icke närmare specificerade | 35 | 9 | 6 | 1 | 2 | 7 |
| Summa | 497 | 112 | 180 | 77 | 37 | 57 |

Av tabellen framgår att till kvacksalvare räknades förutom grupperna homeopater, kiropraktorer, åderlåtare, koppare etc. även skönhetspecialister, hudspecialister, talpedagoger, psykoterapeuter, psykoanalytiker m.fl. År 1989 räknas fortfarande bl.a. homeopater, kiropraktorer (med undantag för Doctors of Chiropractic) och åderlåtare (i den mån sådana existerar) till de alternativa behandlarna men för många av de nämnda yrkeskategorierna har skett en förändring i bedömningen. Ett ytterligare exempel på sådan omprövning är akupunktoren som år 1984 godkändes av socialstyrelsen som behandlingsmetod vid smärttillstånd. En förändring i synsätt har också skett när det gäller hälsohemmens verksamhet med bl.a. vegetarisk diet, fasta, behandling med vissa naturmedel etc. Vissa andra alternativa behandlingsmetoder, exempelvis naprapati, akupunktur (mot sjukdom) m.fl. tilldrar sig intresse från vissa delar av den etablerade medicinen nationellt och internationellt. I viss utsträckning förekommer även forskning. De terapier som därvid visar sig ha en reell effekt kan förmodas komma till användning inom hälso- och sjukvården efter hand.

Övriga alternativa terapier befinner sig ur denna aspekt längre bortfrån den etablerade medicinen. Beroende på de forskningsresultat och de erfarenheter som kan komma att redovisas kan man förutsätta att en förändring i terapiernas position i förhållande till den etablerade medicinen kommer att äga rum. En rörelse kan ske i båda riktningarna om man ser det över en litet längre tidsperiod.

Historiskt sett är positionerna således inte så fastlåsta mellan den etablerade medicinen och den alternativa som det ibland kan förefalla i den aktuella debatten. Enligt kommitténs mening kommer med stor sannolikhet även i framtiden liknande förändringar att ske.

1.5.2 Kommer den alternativa medicinen att öka eller minska?

Vid bedömningen av den alternativa medicinens framtida utveckling bör även aspekter vägas in som har med samhällsutvecklingen att göra. En sådan som kan leda till en fortsatt expansion av den alternativa sektorn är sannolikt att kunskapsnivån i samhället successivt ökar. Detta bör öka människors möjlighet att fatta självständiga beslut och även att bättre orientera sig i valsituationer. En ökad kunskap kan även leda till en mera påtaglig orientering bort från den alternativa medicinen i riktning mot den vetenskapliga, etablerade medicinen men utvecklingen hittills har inte visat på någon sådan tendens. Tvärtom finns en proportionell övervikt av personer med högre utbildning bland dem som besökt alternativ behandling. Det är svårt att finna en entydig förklaring till detta förhållande. En förklaring kan vara att vissa alternativa behandlingsmetoder, t.ex. ryggbehandling, de facto uppfattas som effektivare än den behandling hälso- och sjukvården normalt har att erbjuda. Den avsevärt dyrare alternativa behandlingen kan också vara en selekterande faktor som kan leda till att en övervikt av högre utbildade, proportionellt sett, anlitar alternativ vård.

Ett ökande intresse för hälsofrågor, friskvård, egenvård, miljövård etc. kan leda till önskemål om en ökad delaktighet i vård och behandling och troligen även till ett ökat ansvar för den egna hälsan. Inom denna sfär finns mycket av det alternativa utbudet t.ex. hälsokostsektorn, alternativa terapier på det förebyggande området, egenvårdsterapier etc. Det bör även noteras att gränserna här inte är så klart markerade mellan det etablerade och det alternativa som inom vård och behandling. Således förhåller det sig, enligt vad kommittén har inhämtat, att en del sjuksköterskor vid sidan om sin professionella verksamhet även sysslar med vissa alternativa terapier.

Det finns andra tendenser som kan ha betydelse eller kan ses som andra aspekter av det som redan nämnts. Exempelvis att konsumentinflyandet ökar vilket kan få konsekvenser även för hälso- och sjukvården som stimulerat en sådan utveckling genom hälso- och sjukvårdslagen.

Kommittén har sett som sin uppgift att i första hand anpassa lagstiftningen till de förhållanden som gäller idag men att samtidigt genom olika förslag och rekommendationer skapa förutsättningar för samhället att möta utvecklingen inom den alternativa medicinen på ett sätt som tillgodoser dels individens önskemål och behov, dels också kraven på trygghet och säkerhet.

2 Alternativ medicin inom hälso- och sjukvården

Sammanfattning

Enligt direktiven borde kommittén överväga möjligheterna för hälso- och sjukvårdspersonalen att – t.ex. när en patient begär det – inom ramen för gängse praxis vad avser vetenskap och beprövad erfarenhet tillämpa metoder inom den alternativa medicinen i sin yrkesutövning. Efter en redogörelse för rättsläget konstaterar kommittén, att det inte föreligger något generellt förbud för hälso- och sjukvårdspersonalen att använda alternativmedicinska metoder. Det är visserligen vanskligt att dra slutsatser om rättspraxis, men kommittén pekar ändå ut ett par principer som trots allt synes gälla; patienten måste samtycka till alternativbehandlingen, behandlingsmetoden måste vara ofarlig och den får användas först sedan allmänt vedertagna metoder prövats resp. parallellt med att sådana används. Dessa restriktioner syftar till att tillförsäkra patienterna säkerhet i vård och behandling och här har den av samhället auktoriserade hälso- och sjukvården ett särskilt ansvar som garant för medicinsk kompetens. Kommittén anser att rättspraxis väl balanserar de olika intressena på området och finner det inte påkallat att föreslå ny lagstiftning. Däremot gör kommittén vissa uttalanden om lagbegreppen "sakkunnig vård" och "vetenskap och beprövad erfarenhet" samt om betydelsen av förståelse för patienternas egna önskemål, som kan bli till hjälp för hälso- och sjukvårdspersonalen och de rättstillämpande organen.

2.1 Rättsläget

Vad som är "riktigt" handlande inom medicinen avgörs slutligen av högsta domstolen och regeringsrätten, men är i första hand ändå ett ställningstagande av varje enskild läkare. Det är en vanlig missuppfattning att gränserna för vad som är tillåtet alltid bestäms direkt av socialstyrelsen.

2.1.1 Gällande lagstiftning

För hälso- och sjukvårdspersonalen gäller utöver de allmänna skyldigheter som kan följa av anställningsavtal mellan arbetsgivaren och den anställde, också sådana föreskrifter för yrkesutövningen som lags fast i lag, förordning eller av socialstyrelsen. Den senare typen av reglering är särskilt omfattande inom hälso- och sjukvården, vilket förklaras av att denna verksamhet är så direkt förknippad med den enskildes liv och hälsa.

Tillsynslagen reglerar det medicinska yrkesansvaret – som gäller oavsett om man är anställd eller enskilt verksam (privatpraktiserande). Det medicinska yrkesansvaret kan uttryckas så att var och en som arbetar inom hälso- och

sjukvården är skyldig att inom ramen för sin kompetens vidta erforderliga medicinska beslut och åtgärder. Vidare skall hälso- och sjukvårdspersonalen vinnlägga sig om att ge patienten sakkunnig och omsorgsfull vård. Vården skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Denne skall visas omtanke och respekt.

Det medicinska yrkesansvaret kontrolleras av socialstyrelsen och vid fel och försummelse kan yrkesutövaren ställas till ansvar i disciplinär ordning. Ansvarsfrågan prövas av en särskild myndighet – hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Förutom det medicinska yrkesansvaret såsom det främst kommer till uttryck i tillsynslagen finns en mängd specialregler i många olika författningar som kan ha utformats olika beroende på yrkesgruppen, verksamheten eller arbetsuppgiften ifråga.

För läkarna gäller en relativt klar och preciserande bestämmelse enligt 3 § allmänna läkarinstruktionen:

"Varje läkare, vare sig han är i allmän tjänst eller enskilt utövar läkaryrket åligger att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet meddela patient de råd och, såvitt möjlig, den behandling, som patientens tillstånd fordrar."

Motsvarande grundregel för sjuksköterskor återfinns i 5 § sjuksköterskereglementet:

"Under utövande av sitt yrke skall sjuksköterska iakttä omsorg och samvetsgrannhet samt efterkomma de anvisningar som utfärdats till hennes efter rättelse."

Motsvarigheten för barnmorskor till denna bestämmelse finns i 6 §, 4 stycket barnmorskereglementet.

Begreppen "sakkunnig vård" och "vetenskap och beprövad erfarenhet"

Bestämmelsen i 5 § tillsynslagen att ge sakkunnig vård har ett nära samband med kraven på god vård enligt de kriterier som preciseras i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen. Åliggandet gäller övergripande för all hälso- och sjukvårdspersonal, men ersätter inte de nyss nämnda specialreglerna för respektive yrkesgrupp. Dessa skall betraktas som kompletterande vid tolkningen av tillsynslagen. Frågan kvarstår ändå om tillsynslagens begrepp "sakkunnig vård" är detsamma som "vetenskap och beprövad erfarenhet" dvs. om all hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att handla enligt läkarinstruktionens definition av medicinskt yrkesansvar.

Av förarbetena till tillsynslagen (prop 1978/79:220 s 44) framgår att bestämmelsen om iakttagande av sakkunskap i vårdarbetet får olika innehåll för olika personalgrupper. Allmänt sägs innebörden vara, att var och en skall vinnlägga sig om att i vården använda de kunskaper han fått i sin utbildning och den erfarenhet som samlats i hans fack. Regeln ger också uttryck för samhällets ansvar för att personalen på alla nivåer har den utbildning som behövs för att fylla kravet på sakkunskap.

Man kan således inte dra slutsatsen att sakkunsigbegreppet i tillsynslagen skulle ha avsetts vara synonymt med motsvarande begrepp i allmänna

läkarinstruktionen. Vad som är "sakkunnig vård" i det enskilda fallet måste bedömas utifrån resp. yrkesutövares utbildningsbakgrund och de normer som allmänt gäller inom professionen ifråga.

Kärnan i det professionella ansvaret för läkare är "vetenskap och beprövad erfarenhet". Denna term går tillbaka till 1890 års läkarinstruktion och har behållits oförändrad sedan dess. Förarbeten till instruktionen finns inte tillgängliga. Inte heller i andra sammanhang, t.ex. i den nyligen beslutade lagen om kriterier för bestämmande av människans död – där begreppet numera också förekommer – har lagstiftaren analyserat eller beskrivit dess innebörd mer i detalj.

I ett svar till en enskild läkare år 1976 har socialstyrelsen som sin uppfattning framfört följande till vägledning i tolkningsfrågan:

"Ur juridisk synvinkel innebär uttrycket att läkaren i sin yrkesmässiga utövning har att beakta såväl vetenskap som beprövad erfarenhet. Författningstexten innebär sålunda ett "både och" – inte ett "antingen eller". När exempelvis en ny behandlingsmetod introduceras saknas självklart erfarenhet, det vetenskapliga underlaget får vara grunden för att metoden accepteras eventuellt efter erfarenheter vunna vid försök på djur. I andra fall kan långvarig klinisk erfarenhet vara det dominerande underlaget för att en behandlingsmetod accepteras medan de teoretiska och/eller experimentella vetenskapliga bevisen för dess effektivitet kan vara begränsade.

I vissa fall har socialstyrelsen utfärdat anvisningar till ledning för medicinalpersonalen i vissa konkreta situationer t.ex. angående hur vissa sjukdomstillstånd bör diagnostiseras eller behandlas. I de fall särskilda anvisningar eller föreskrifter finns utfärdade innebär kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet naturligtvis att sådana anvisningar följs."

2.1.2 Socialstyrelsens regler

Socialstyrelsen kan alltså göra uttalanden som förtydligar olika aspekter på det yrkesmässiga handlandet. Det görs också fortlöpande, men ges då vanligtvis formen av föreskrifter eller allmänna råd. Rättsligt sett föreligger här en skillnad så tillvida att föreskrifter har bindande karaktär, dvs. de måste följas, medan allmänna råd är generella rekommendationer, som anger hur någon kan eller bör handla i ett visst hänseende utan att utesluta andra tillvägagångssätt. Trots sin formellt lägre dignitet får dock allmänna råd från socialstyrelsen en styrande effekt och tillmäts bl.a. betydelse i samband med ansvarsbedömningar.

Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) omfattar flera hundra författningar, som allmänt eller specifikt reglerar delar av hälso- och sjukvårdspersonalens handlande. Gränsområdet till alternativ medicin är ändå till stor del oreglerat. Endast ifråga om injektion av naturmedel och om akupunktur har utfärdats föreskrifter och allmänna råd, som innebär ett klarläggande av vad som bör anses vara "vetenskap och beprövad erfarenhet" på just dessa områden.

2.1.3 Rättspraxis

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (med överinstanserna kammarrätt och regeringsrätt) preciserar genom sina beslut i enskilda ärenden kraven på hälso- och sjukvårdspersonalen. De rättstillämpande organen har att tillämpa gällande bestämmelser, men är formellt obundna av sådana uttalanden från

socialstyrelsens sida som inte har karaktären av föreskrifter. Det finns tämligen få rättsliga avgöranden där användningen av "ovetenskapliga" eller "obepröva-de" metoder prövats.

Ett beslut från 1975 är belysande. Det gällde ett fall med behandling av naturmedlet Iscador. Beslutet är visserligen från tiden före lagen om naturmedel för injektion, men innehåller principiella överväganden som alltså har intresse. Ansvarsnämnden gjorde där följande uttalande:

"Nämnden anser, att det inte kan bedömas vara fel eller försummelse om en läkare, utöver godtagbar behandling med sådana metoder som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet *dessutom* använder sig av så kallade naturläkemedel under förutsättning att dessa saknar biverkningar. Kritik kan enligt nämndens mening inte heller riktas mot en läkare som ger så kallat naturläkemedel till en patient som uttryckt önskan härom och som lider av en sjukdom som konstateras *inte kunna påverkas med vetenskapligt och erfarenhetsmässigt beprövade metoder*. Det synes ur humanitär synpunkt ej vara rimligt kräva att en läkare i ett sådant läge avvisar patientens önskemål och grusar en förhoppning i en förtvivlad situation" (kursiveringar av kommittén).

I ett annat fall (1976-11-03) upphävde kammarrätten ett beslut av ansvarsnämnden att tilldela en läkare varning. Läkaren hade – enligt nämnden – inte ställt diagnos på "från medicinsk synpunkt godtagbar grund" samt "i vården av patienten som huvudsaklig behandlingsmetod använt s.k. biologiska läkemedel eller naturläkemedel". I domen uttalade kammarrätten bl.a. följande:

"Det framgår ej av utredningen att NN härvidlag eller eljest i vården av patienten - som motsatt sig behandling med psykofarmaka – försummat någon behandlingsåtgärd som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet varit påkallad av patientens tillstånd.

Användandet av biologiska läkemedel eller naturläkemedel har, såvitt utredningen visar, ej haft någon skadlig eller farlig inverkan på patienten. Däremot kan ej uteslutas att behandlingen haft viss gynnsam inverkan."

Utöver ovan nämnda ärenden har förekommit ytterligare några fall som berör gränslandet till alternativ medicin. Dessa är emellertid inte principiellt så tydliga som de nu refererade. Avgöranden av regeringsrätten till vägledning i just dessa frågor saknas.

2.1.4 Sammanfattning

Rättsligt bindande föreskrifter, som direkt utesluter alternativmedicinska metoder från användning i hälso- och sjukvården saknas. Vidare kan konstateras att rättsläget i stor utsträckning är oklart på grund av att det knappast finns några prejudicerande avgöranden till vägledning. Det är således mycket vanskligt att dra slutsatser om tillsynslagens och allmänna läkarinstruktionens gränssättning när det gäller hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att i sin verksamhet använda alternativmedicinska metoder.

Med nämnda förbehåll kanske man ändå kan peka ut ett par principer, som sannolikt tillmätts betydelse i dessa frågor:

- alternativbehandlingen får inte vara ett förstahandsval, utan måste föregås av eller ges parallellt med konventionell terapi
- den alternativa metoden får inte vara skadlig eller farlig för patienten

I detta sammanhang bör också framhållas, att om en patient begär att bli behandlad "alternativmedicinskt" har hälso- och sjukvårdspersonalen alltid rätt

att vägra medverka. Ingen är nämligen skyldig att behandla med metoder, som man anser strida mot vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta gäller för övrigt såväl etablerade som alternativmedicinska metoder. Problemet för den enskilde yrkesutövaren är emellertid inte bara av juridisk utan även av etisk natur. Skall han bära patientens grusade förhoppningar på sitt samvete eller medverka i något som han anser vara olämpligt eller i varje fall saknar effekt?

2.2 Den medicinska debatten

Vetenskap och beprövad erfarenhet som rättesnöre för läkarnas handlande är, som ovan sagts, av gammalt datum. Begreppet har nog egentligen sällan ifrågasatts i det kliniska vardagsarbetet, utan varje läkare tycks ha haft en ganska klar uppfattning om innebörden och i de flesta fall också funnit det självklart att arbeta på detta sätt. Det kan bero på att det vetenskapliga synsättet inpräglas redan under studieåren och förstärks senare i yrkeslivet.

Den närmare innebörden av begreppet "vetenskap och beprövad erfarenhet" tycks ha fått ökad aktualitet under det senaste årtiondet. I den allmänna debatten har då utgångspunkten främst varit användningen av alternativmedicinska metoder, medan man i den interna sjukvårdsdebatten oftare tagit upp humanitära, yrkesetiska och vetenskapsteoretiska synpunkter.

Även om man närmat sig frågan från olika håll tycks många vara ense om att begreppet "vetenskap och beprövad erfarenhet" inte är uttömmande. Alla värdeyrken innebär i praktiken ibland också handlande, som i strikt mening varken har stöd i vetenskap eller i erfarenhet. Det kan gälla pragmatiskt motiverade eller etiskt förpliktigande åtgärder, allmänmänskliga hänsynstaganden m.m. Ingen tycks ändå vilja gå så långt som till att helt utmönstra begreppet, men flera efterlyser frigörelse från en alltför stelbent – teknokratisk – syn på medicinsk verksamhet. Kliniskt handlande är i grund och botten något mer än enbart en slavisk tillämpning av basvetenskaper. Kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet kan därför aldrig bli ett ändamål i sig, utan måste underordnas det övergripande målet att lindra och bota sjuka.

2.3 Överväganden och förslag

Även om begreppen "sakkunnig vård" och "vetenskap och beprövad erfarenhet" avser medicinska förhållanden är dessa i första hand ändå juridiska termer för rättsliga ändamål och utgör i sådana sammanhang en sorts måttstock, som appliceras på redan inträffade händelser, för att pröva det professionella handlandet. Vid denna prövning är det inte nödvändigtvis det senaste eller bäst dokumenterade inom vetenskapen och inte heller alltid det man har längst klinisk erfarenhet av, som faller avgörandet. Om det saknas vägledning i författningar blir det i stället fråga om en tänkt jämförelse med hur en kompetent yrkesutövare skulle ha gjort i motsvarande situation, dvs. vad en opartisk bedömare anser vara riktigt handlande under givna omständigheter.

När människor vänder sig till hälso- och sjukvården skall de kunna lita på

att alltid få en sakkunnig och trygg vård. Tilltron till den etablerade medicinen är också stor bland patienterna. Grunden för denna tilltro är en solid kunskapsgrund och ett vetenskapligt synsätt hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Alternativmedicinska metoder är vanligtvis inte kontrollerade på det sätt som eftersträvas för andra medicinska teknologier och kommer således i avvaktan på allmänt accepterade testresultat inte att bedömas som tillräckligt säkerställda. Om kontrollerade undersökningar med positiva resultat kommer fram inom alternativsektorn kommer dessa metoder att kunna inrangeras i den etablerade medicinen och blir då uppfattade som behandlingsåtgärder inom ramen för "vetenskap och beprövad erfarenhet". Detta har varit fallet med akupunktur som smärtlindringsmetod.

Fler och fler människor deltar aktivt i hälso- och sjukvårdsdebatten, skaffar sig kunskaper på olika sätt i medicinska frågor och gör egna överväganden rörande sin hälsa. Till detta har bidragit en ökad utbildning hos befolkningen, lättillgänglighet till information via massmedia liksom uppfostran till att själva ta ansvar, ifrågasätta och ställa krav. Många människor kan ha gjort egna medicinska iakttagelser och erfarenheter, som inte alltid överensstämmer med det som vunnit allmänt erkännande inom hälso- och sjukvården. Här kan således uppstå en konflikt mellan patientens lekmanbedömning och hälso- och sjukvårdspersonalens yrkeskunnande.

Det är väl känt att patientens aktiva medverkan oftast är en förutsättning för ett gott vårdresultat. Dennes egna uppfattningar måste, enligt kommitténs mening, alltid väga tungt i de olika vårdbesluten. På motsvarande sätt måste också hälso- och sjukvårdspersonalen få respekt för sina kunskaper. Man kan inte begära att personalen skall utföra behandlingsåtgärder, som den saknar utbildning för och inte behärskar. Det gäller i synnerhet om åtgärden uppfattas som helt oförenlig med allt man hittills lärt sig.

Alternativmedicinkommittén anser allmänt, att det nu krävs en mer öppen attityd till okonventionella behandlingar och att människornas egna upplevelser och önskemål också när det gäller detta vårdutbud måste tillmätas betydelse. Gränser för detta sätts emellertid av kraven på tillförlitlighet och säkerhet i vården, dvs. krav som också är i patientens intresse men som denne sällan själv tänker på. En alternativmedicinsk metod måste således vara oskadlig i sig och även i förhållande till patientens medicinska status för att alls kunna komma ifråga för användning.

Staten har här ett övergripande ansvar för såväl god som säker vård. Såsom nyss sagts kräver säkerheten att alternativmedicinska metoder prövas på likartade villkor som andra nya behandlingsmetoder. I avvaktan på att så sker måste varje alternativbehandling inom hälso- och sjukvården – enligt kommitténs mening – förbli ett andrahandsval eller ett komplement till etablerad terapi.

Det innebär att annan etablerad terapi först måste ha prövats utan framgång, något som givetvis inte kan behöva upprepas vid varje ny vårdkontakt. Denna fråga kan antingen kontrolleras i samband med anamnesupptagningen eller torde framgå av handlingarna när remiss tillämpas, vilket på vanligt sätt skall journalföras. Här, liksom eljest, måste också sjukdomsbilden och vårdsituationen i sin helhet beaktas. Ju allvarligare patientens sjukdom är, desto viktigare blir det att denne tillförsäkras

väletablerad effektiv behandling. Vid lindrigare hälsoproblem kan kravet på uttömmande initialbehandling enligt gängse medicinsk praxis sättas lägre och utrymmet för alternativa metoder skulle alltså bli större. Kommittén får i detta sammanhang också hänvisa till sina tidigare uttalanden i delbetänkandet om lagstiftningen om injektion av naturmedel. Där framhölls att med denna lags humanitära syfte inte avsetts någon begränsning till enbart behandlingen av allvarliga sjukdomar i terminalstadiet, en princip av allmängiltig karaktär för alternativbehandling.

Alternativmedicinkommittén anser vidare, att möjligheterna att använda alternativmedicinska metoder måste ses i sammanhang med patienternas grundlagsskyddade rätt att bestämma över sin egen hälsa och sitt eget liv. Det betyder också att alternativ vård inte får ges utan att patienten *uttryckt önskan om* (givit sitt samtycke till) sådan vård.

Ett ökat medbestämmande för patienten borde, som kommittén nyss uttalat, naturligt kunna utsträckas till alternativmedicinska terapier. En förutsättning är dock att de ryms inom ramen för de vårdresurser huvudmannen ställer till förfogande. Denna princip gäller i vanliga fall enligt hälso- och sjukvårdslagen och måste givetvis gälla även här.

Kommittén konstaterar sammanfattningsvis, att tillsynslagen och de andra föreskrifterna för hälso- och sjukvårdspersonalen inte kan tolkas som något generellt förbud att använda alternativmedicinska metoder. De restriktioner som trots allt synes gälla syftar till att tillförsäkra patienterna säkerhet i vård och behandling och här har den av samhället auktoriserade hälso- och sjukvården ett särskilt ansvar som garant för medicinsk kompetens. Kommittén anser det mot den bakgrunden inte påkallat, att föreslå ny lagstiftning på området. De uttalanden som kommittén gjort ovan om begreppen "sakkunnig vård" och "vetenskap och beprövad erfarenhet" liksom om behovet av stor förståelse för patienternas önskemål bör ändå kunna vara till hjälp för rättstillämpningen när dessa frågor aktualiseras.

När det sedan gäller frågan om vem som får besluta om användning av alternativa metoder ligger det nära till hands att, enligt förebild av lagen om naturmedel för injektion, knyta en sådan beslutanderätt till behörigheten att utöva läkaryrket. Motivet till att läkare har ensamrätt att besluta om injektion av naturmedel är dock att all annan läkemedelsförskrivning normalt är en läkaruppgift enligt gällande författningar. Frågan uppstår då om samma skall anses gälla även andra ordinationer av alternativmedicinsk behandling.

Vissa yrkesgrupper med mer självständig yrkesfunktion "ordinerar" medicinsk behandling inom sitt kompetensområde. Distriktssköterskor och barnmorskor har i verkligheten en tämligen vidsträckt "ordinationsrätt", särskilt inom det förebyggande hälsovårdsarbetet. Sjukgymnaster, psykologer och psykoterapeuter är andra yrkesgrupper, som har en i förhållande till läkarna mycket självständig yrkesställning.

De nu nämnda grupperna har inom sina respektive verksamhetsfält börjat ta upp alternativmedicinska metoder. Det blir således allt vanligare att distriktssköterskor föreslår patienter naturmedel, fasta m.m, att barnmorskor tillämpar akupunktur eller rekommenderar okonventionella förlossningsmetoder, att sjukgymnaster använder laser och "alternativa" avslappningsövningar, att psykologer och psykoterapeuter ger Rosenterapi, yoga m.fl. behandlingar

som ännu allmänt betraktas som alternativa.

Enligt alternativmedicinkommitténs tolkning av gällande bestämmelser om yrkesansvaret inom hälso- och sjukvården, bör detta vara tillåtet på samma villkor som sagts ovan, dvs. att patienten uttrycker önskemål om sådan terapi, att behandlingsmetoden är ofarlig och att den ges först sedan allmänt vedertagna metoder använts eller parallellt med sådana metoder. Den sistnämnda förutsättningen innebär i praktiken en stark begränsning av "ordinationsrätten", eftersom alternativbehandling kan ges först sedan behandlande läkare kontaktats. Frågan är emellertid också av principiell betydelse för all sjukvårdsverksamhet, eftersom den berör kompetensgränser, reglerna för delegering och förmansskap m.m. och föreslås därför bli föremål för samlade överväganden när tillsynsutredningen avslutat sitt arbete.

3 Den alternativa medicinen utanför hälso- och sjukvården

Sammanfattning

Kommittén föreslår, att en något utökad kontroll av den alternativmedicinska verksamheten införs. De alternativmedicinska yrkesutövarna skall kunna bli registrerade och får härigenom rätt att marknadsföra sig som registrerade yrkesutövare. För registrering skall krävas viss medicinsk grundkompetens. Denna skall kunna erhållas genom utbildning som ges av olika organisationer m.fl.

Patienten bör ha stor frihet att välja alternativmedicinsk behandling. Behandling av vissa sjukdomar som kan innebära särskild fara för patienten eller tredje man skall dock enligt kommitténs förslag inte få förekomma. Vissa undersöknings- och behandlingsmetoder måste också alljämt uteslutas från den alternativmedicinska verksamheten och annan verksamhet utanför offentlig kontroll. Den nedre, generella åldersgränsen för behandling av barn föreslås bli femton år. Enligt förslaget skall dock registrerade alternativmedicinska yrkesutövare under vissa förutsättningar få behandla barn som fyllt tre år.

Kontakterna mellan den etablerade och den alternativa medicinen bör underlättas i syfte att förbättra informationen till och om patienten. Kommittén föreslår, att en försöksverksamhet genomförs inom något landsting för att belysa möjligheterna till hänvisning från hälso- och sjukvården till alternativmedicinska yrkesutövare.

3.1 Inledning

I detta kapitel behandlar kommittén den alternativa medicinen utanför hälso- och sjukvården. Kapitlet är disponerad på följande sätt.

I avsnitt 3.2 behandlas behovet av en allmän kontroll över verksamheten på hälso- och sjukvårdens område. Efter en bakgrundsteckning i avsnitt 3.2.1 och en analys av kraven för den alternativmedicinska verksamheten i 3.2.2 anger kommittén i 3.2.3 hur kontrollens inriktning enligt kommitténs uppfattning bör vara. I avsnitt 3.2.4 redovisas kommitténs förslag till en förbättrad kompetens hos de alternativmedicinska yrkesutövarna.

Kommittén övergår här efter i avsnitt 3.3 till att undersöka om det behövs någon mer speciell reglering av den alternativmedicinska verksamheten. I det inledande avsnittet 3.3.1 redovisas de gällande reglerna. Därefter prövas i 3.3.2 behovet av inskränkningar i rätten att undersöka och behandla. Analysen i 3.3.2 leder fram till kommitténs förslag i fråga om olika sjukdomstillstånd och behandlingsmetoder (avsnitt 3.3.3 respektive 3.3.4). I avsnitt 3.3.5 prövas om några särskilda bestämmelser bör gälla för undersökning och behandling av barn.

Kommittén behandlar avslutningsvis i avsnitt 3.4 möjligheterna att förbättra

kontakterna mellan den etablerade och den alternativa medicinen.

3.2 Den allmänna kontrollen över verksamhet på hälso- och sjukvårdens område

3.2.1 Bakgrund

Kunskapen om människan och den verklighet som människan lever i kan erhållas på olika sätt. En historisk tillbakablick ger vid handen, att i huvudsak tre olika system har haft inflytande när det gäller medicinen. Ursprungligast är den religiösa traditionen, där olika myter ger underlag för kunskaperna. Efter hand kom förklaringsmodeller som grundats på filosofiska läror att vinna insteg. I stället för att behandlingen av den sjuke förlita sig på tron utgår man där från kunskaper som baserats på vissa filosofiska uppfattningar om orsakssammanhangen. I motsats till båda dessa system står den naturvetenskapligt empiriska metoden, där kunskap erhålls efter en mer eller mindre systematisk undersökning av människan och hennes omgivning. Dessa olika synsätt har tidvis levt sida vid sida. Sedan slutet av 1800-talet har emellertid de övriga synsätten fått ge vika för den empiriska kunskapsmodellen. Den har numera vunnit allmänt erkännande och kring denna har den moderna västerländska hälso- och sjukvården byggts upp. Samtidigt har den inom sitt område kommit att utveckla vad som skulle kunna sägas vara ett kunskapsmonopol och tillgodogjort sig de resurser som det allmänna har anslagit på hälso- och sjukvårdens område.¹

Mot denna bakgrund måste man se frågan varför den alternativa medicinen är alternativ. Den alternativa medicinen utgår delvis från en annan uppfattning om verkligheten och utnyttjar delvis vid undersökning och behandling metoder som inte vunnit erkännande inom den etablerade medicinen. Vissa alternativa metoder är kopplade till en annan förklaringsmodell, andra bygger på den naturvetenskapliga förklaringsmodellen, men de har trots detta inte upptagits i den etablerade medicinen. Vanligtvis har detta sin grund i att dokumentationen om metoderna är bristfällig enligt de referensramar som används.

Begreppet alternativ medicin kan, om inte något krav på fullständighet ställs, avgränsas genom en uppräknig av olika uppfattningar och metoder, men en generell avgränsning måste göras och har hittills gjorts genom en negativ bestämning. Redan beteckningen alternativ medicin pekar för övrigt i den riktningen. Vad som inte vid en given tidpunkt och på en given plats anses tillhöra den etablerade medicinen utgör sålunda alternativ medicin. Det saknar i detta sammanhang betydelse, att en viss alternativ inriktning kan ha en avancerad teoribildning och bedrivs på ett seriöst sätt.

Staten har ett övergripande ansvar för medborgarnas trygghet och den sociala välfärden. Staten har dessutom en ensamrätt att på många områden avgöra vad som är riktigt och styrinstrument för att genomdriva denna

¹ Från begreppet hälso- och sjukvård – dvs. vård enligt hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen – skall skiljas verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, dvs. all verksamhet som avser undersökning och behandling av någon annan.

uppfattning. Bland dessa instrument framträder särskilt lagstiftningen. Härigenom har i vårt land en avgränsning mellan etablerad medicin och alternativ medicin gjorts. Primärt har detta skett genom en reglering av vilka yrkesutövare som står under statlig tillsyn och av dessas arbetsuppgifter. Detta betyder, att vad som är alternativt inte avgörs av dem som företräder en viss inriktning utan av de organ som har till uppgift att tillämpa statens regler. En yrkesutövare som gör anspråk på att tillhöra den etablerade medicinen måste sålunda finna sig i att bli betraktad som en alternativmedicinsk yrkesutövare, om de av staten uppställda kriterierna inte föreligger.

Kärnfrågan för kommittén är, hur den alternativa medicinens ställning i samhället skall utformas i framtiden. Här kan olika betraktelsesätt urskiljas. Ett inrymmer en strävan att klarlägga vad som är värdefullt i den alternativa medicinen genom att värdera olika inriktningar. Man är här emellertid inne på besvärliga vägar och möjligheterna att inom rimligt tid nå fram till en samsyn förefaller små. Det är följaktligen uteslutet, att kommittén, som har en begränsad tid för lösa sitt uppdrag, skulle välja denna väg. Kommittén har med andra ord ansett sig inte böra ta ställning till frågan om olika alternativmedicinska inriktningar har en reell effekt eller inte. I det följande bortser kommittén därför från denna aspekt.

Ett annat betraktelsesätt – som kommittén ansluter sig till – utgår från en öppen attityd, där särskilt humanitära hänsyn väger tungt. Den alternativa medicinen accepteras som en del av vår sociala verklighet och kultur. Många människor ser i den alternativmedicinska verksamheten något positivt och det kan därför inte vara en statlig angelägenhet att försvåra eller förhindra denna verksamhet i vidare mån än att uppenbara hälsorisker så långt som det är praktiskt möjligt förebyggs. Sedan mycket länge har staten också sett som sin uppgift att tillförsäkra medborgarna ett viss skydd mot sådan alternativmedicinsk verksamhet som är farlig. Detta medförde, att i 1960-års lag och tidigare författningar intogs förbud mot bl.a. vissa åtgärder och metoder som typiskt sett bedömdes som riskabla. Totalt sett har dock den alternativmedicinska verksamheten lämnats i stor utsträckning oreglerad.

3.2.2 Kraven på den alternativmedicinska verksamheten

Hälso- och sjukvården genomgår ständiga förändringar. Medicinska framsteg medför att befolkningens hälsosituation förbättras. Nya behov uppkommer och förhållanden som tidigare godtogs i vården är nu otänkbara. Kravet har bl.a. därför i olika avseenden efter hand ökat på hälso- och sjukvården. Genom tillsynslagens tillkomst inordnades praktiskt taget all personal som är verksam i hälso- och sjukvården under socialstyrelsens tillsyn. Många av de regler som tidigare endast framgick av rättspraxis upptogs i lagen. Personalens åligganden har härigenom kommit till klarare uttryck och kraven får allmänt sett sägas ha ökat på personalen.

Den förändring, som hälso- och sjukvården har genomgått, återspeglas dock inte i den gällande regleringen av den alternativmedicinska verksamheten. Det är därför enligt kommitténs mening motiverat, att nu, när kommittén fått i uppdrag att se över hela den alternativmedicinska sektorn, överväga om inte högre krav måste ställas även på verksamheten där.

Dagens krav på säkerhet för patienterna i den alternativmedicinska verksamheten måste sägas vara annorlunda än de krav som gällde då 1960-års lag utarbetades. Det är frågan om såväl en förskjutning som en fördjupning av kraven. Numera är det inte längre fråga om att motarbeta en verksamhet som tidigare tillgodosåg de behov, som en otillräckligt utbyggd hälso- och sjukvård inte kunde tillgodose. Den alternativmedicinska verksamheten erbjuder numera i stället såväl komplement som alternativ på områden, där hälso- och sjukvården med sin inriktning har begränsad möjlighet att erbjuda några insatser. Här kan bl.a. pekas på omhändertagandet av patienter med psykosomatiska problem och patienter som drabbats av livskriser. Patienter som har en annan syn på hälsa och sjukdom än den allmänt vedertagna finner sig inte heller alltid till rätta inom hälso- och sjukvården.

Den alternativmedicinska verksamheten framstår numera inte heller som en företeelse i utdöende. Det finns snarare anledning att räkna med, att den ytterligare kommer att efterfrågas och totalt sett expandera. En statlig reglering måste därför ha en inriktning på lång sikt och härigenom förebygga de risker en volymmässigt ökande alternativmedicinsk verksamhet kan medföra.

Kunskaperna om de risker som är förknippade med olika ingrepp i människokroppen och i biologiska förlopp har ökat. Det är utan tvekan så, att det föreligger sådana risker såväl inom hälso- och sjukvården som inom den alternativa medicinen. Även detta förhållande måste vägas in när den framtida kontrollens inriktning bestäms.

Även om kravet på en säker vård är primärt, är det självfallet viktigt att den enskilde dessutom tillförsäkras en behandling av god kvalitet. Detta kan dock knappast annat än i mycket övergripande bemärkelse vara en statlig angelägenhet, eftersom i kvalitetsbegreppet måste innefattas en bedömning av de alternativa metodernas terapeutiska värde, dvs. av effekten. Hela den alternativmedicinska verksamhetens natur hindrar sålunda att staten åtar sig något närmare ansvar för kvaliteten, i vidare mån än genom t.ex. ett rent registreringsförfarande (se avsnitt 3.2.4).

3.2.3 Kontrollens inriktning

Hur skall då säkerheten kunna förbättras för patienterna, utan att den alternativmedicinska verksamheten som sådan motarbetas utöver vad som ofrånkomligt ligger i själva regleringen?

En säker vård utmärks bl.a. av kompetens och konsekventa rutiner. Många av de alternativmedicinska yrkesutövarna själva har haft stor tilltro till sin förmåga att på egen hand trygga patienternas säkerhet och därför förespråkat en begränsad kontroll och tillsyn eller ingen reglering alls. Andra, främst företrädare för hälso- och sjukvården, såsom socialstyrelsen och läkarorganisationer, har ansett det motiverat med en mer omfattande och detaljerad reglering av all alternativmedicinsk verksamhet. Det är därför inte förvånande, att en enighet råder om målet, men att man har ansett detta kunna uppnås på olika vägar.

Den faktiska utvecklingen av alternativmedicinen ger en antydning om de behov som finns inom verksamheten. Efter hand har nämligen åtskilliga av

de alternativmedicinska yrkesutövarna kommit att skaffa sig en viss medicinsk utbildning vid sidan av utbildningen i den speciella behandlingstekniken. Denna utveckling har skett oberoende av offentliga regler. Kommitténs uppfattning är också, att en sådan höjning av kompetensen hos yrkesutövarna är både värdefull och nödvändig. Den framtida statliga kontrollen av den alternativmedicinska verksamheten bör därför i första hand inriktas på en sådan förbättrad kompetens.

3.2.4 En ökad kompetens

I princip bör man sträva efter att all alternativmedicinsk verksamhet som utövas mot ersättning bedrivs endast av dem som har en viss adekvat utbildning. Med adekvat utbildning avser kommittén en medicinsk basutbildning, som ger tillräcklig kompetens att göra en allmän bedömning av patienternas hälsotillstånd och att vid behov hänvisa dessa till dem som kan ge det bästa omhändertagandet. Utbildningen måste sålunda innehålla vissa moment av sjukdomslära. Det krävs att utbildningen också har viss omfattning och kvalitet och kan ge sådana kunskaper och erfarenheter som varje alternativmedicinsk utövare behöver för att på egen hand kunna ta patienter om hand. Några enstaka veckokurser bör därför inte godtagas. I tidsomfång torde krävas en utbildning som motsvarar omkring 40 poäng i den statliga högskoleutbildningen. Det närmare innehållet i utbildningen måste bestämmas av den förvaltningsmyndighet som närmast kommer att ha ansvaret för verksamheten (se kommitténs förslag senare i avsnittet). Det får då också övervägas vilka närmare övergångsbestämmelser som behövs. Det finns nämligen anledning att räkna med, att många nu verksamma alternativmedicinska yrkesutövare redan har en utbildning som är helt eller delvis jämförbara med den medicinska basutbildning som föreslås här.

Utöver en medicinsk basutbildning behövs ytterligare en kompetens i fråga om den behandlingsmetod som utövas. Yrkesutövarnas kompetens på detta område kan dock inte bli föremål för någon offentlig kontroll utan blir en sak för branschen själv, t.ex. genom intern auktorisation.

Vem skall då genomföra utbildningen och vem skall svara för kostnaderna?

Ett alternativ är att den nödvändiga utbildningen tillhandahålls av någon offentlig huvudman, dvs. att utbildningen ges vid statlig eller kommunal högskola. Ett annat alternativ är att utbildningen ges i enskild regi, t.ex. genom de nuvarande alternativmedicinska skolorna. Detta kan ske antingen på det sättet, att den medicinska basutbildningen integreras i den alternativmedicinska utbildningen eller att den ges fristående från sådan utbildning. Den senare formen måste självfallet väljas, när det gäller att ge dem som för närvarande är yrkesverksamma en kompletterande medicinsk basutbildning. En medicinsk basutbildning ges för övrigt redan i viss utsträckning vid de alternativmedicinska skolorna.

Om utbildningen tillhandahålls av någon offentlig huvudman, blir de direkta utbildningskostnaderna för yrkesutövarna inte något problem. Om den enskilda formen väljs, torde väl hela utbildningskostnaden komma att stanna på yrkesutövaren, i den mån inte sedvanligt studiestöd kan erhållas.

Även om yrkesutbildningen av hälso- och sjukvårdspersonalen sker i statlig

och kommunal regi, kan det knappast vara en offentlig uppgift att svara för den medicinska basutbildningen av alternativmedicinska yrkesutövare. Kommittén har därför stannat för att inte föreslå att någon samhällsstödd utbildning inrättas. Det är dock självfallet inte något som hindrar, att medicinsk basutbildning ges med t.ex. kommunalt huvudmannaskap.

Kommittén har övervägt, om inte all alternativmedicinsk verksamhet, som bedrivs mot ersättning, i framtiden bör förbehållas dem som har en medicinsk basutbildning. Det står dock klart, att den öppna attityd till den alternativa medicinen och respekten för den enskildes självbestämmande, som präglar kommitténs direktiv och som kommittén ansluter sig till och ansett sig böra utgå från även vid prövningen av denna fråga, inte är förenlig med några mer omfattande restriktioner. En sådan inskränkning i näringsfriheten på hälso- och sjukvårdens område skulle dessutom bryta mot de principer som hittills gällt och förmodligen knappast möta förståelse hos dem som söker sig till den alternativa medicinen med sina besvär. Det kan också förutses, att ett sådant förbud i praktiken skulle bli svårt att upprätthålla. Kommittén anser därför, att positiva åtgärder i stället bör vidtas för att förbättra kompetensen inom den alternativa medicinen.

Den som har en medicinsk basutbildning bör ges exklusiv rätt att marknadsföra sig under en beteckning som framhåller denna kompetens. I framtiden kommer det därför – om kommitténs förslag genomförs – att finnas två grupper av alternativa behandlare: behandlare med basutbildning och behandlare utan sådan utbildning. Den senare gruppen kommer i och för sig att godtas på hälso- och sjukvårdens område men får inte ges sken av att ha sådan särskild kompetens som den medicinska basutbildningen innebär. Även i framtiden blir följaktligen verksamheten på hälso- och sjukvårdens område som regel fri, dvs. om inte annat föreskrivs får vem som helst mot eller utan ersättning meddela vård och behandling (se dock avsnitt 3.3). Det är dock angeläget, att de behandlare som i framtiden kommer att vara verksamma utan medicinsk basutbildning får klart för sig det ansvar som är förknippat med att omhänderta och behandla sjuka människor. Kommittén utgår från, att organisationerna för alternativmedicinska behandlare kommer att verka för att alla behandlare informeras om vikten av att känna till och följa gällande bestämmelser i fråga om främst behandlingsförbud beträffande barn under viss ålder samt vissa sjukdomar och metoder.

Det är också väsentligt, att alla behandlare är medvetna om att adekvat behandling inte får fördröjas eller förhindras genom att felaktig diagnos ställs. De måste likaså vara medvetna om vikten av att patienterna inte på annat sätt fördröjs eller förhindras att få adekvat vård och om vikten av att den behandling som läkare ordinerat inte får avbrytas utan läkares medgivande.

Om den medicinska basutbildningen skall förbindas med den rättsverkan som kommittén sålunda har föreslagit, blir det – som kommittén redan antytt – oundvikligt med en statlig kontroll av utbildningen. Frågan är då hur kontrollen skall utformas och hur den skall administreras.

Kontrollen av utbildningen kan ske på två principiellt olika sätt. Den kan ske genom att elevernas kunskaper och färdigheter kontrolleras under och efter utbildningen, vilket är den metod som tillämpas, där utbildningen ges av offentliga huvudmän. Metoden förekommer även vid enskilt huvudmannaskap,

t.ex. i körkortsutbildningen. Den andra metoden för kontroll tar sikte på själva utbildningen som sådan, såsom skolöverstyrelsens tillsyn av enskilda skolor. Kommittén föreslår att de alternativmedicinska yrkesutövarnas kompetens efter den medicinska basutbildningen prövas genom statliga prov.

Vilken myndighet skall då svara för tillsynen över de yrkesutövare, som har en medicinsk basutbildning och som därför ges rätt att i marknadsföringen ange denna kompetens? Tillsynen över marknadsföringen är uppenbarligen en uppgift som närmast faller på konsumentverket. En sådan tillsyn förutsätter emellertid att dessa yrkesutövare på något sätt registreras. Kan även en sådan uppgift läggas på verket?

Enligt kommitténs uppfattning är olika frågor som rör den alternativa medicinen nära förknippade med den etablerade medicinen och socialstyrelsens roll enligt 2 § förordningen (1981:683) med instruktion för socialstyrelsen. Såsom central förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör bl.a. hälso- och sjukvården har styrelsen för närvarande uppgifter enligt bl.a. lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. och lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. men också enligt 1960-års lag. Även i framtiden torde det därför bli en uppgift för styrelsen att biträda andra myndigheter, när det t.ex. gäller att bedöma om en viss vårdåtgärd är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Mot denna bakgrund har kommittén övervägt, om registreringsuppgiften skall läggas på konsumentverket eller socialstyrelsen. För alternativet att konsumentverket skall svara för uppgiften talar den inskränkning i marknadsföringen som kommitténs förslag till skydd för yrkesbeteckning innebär. Enligt kommitténs mening talar emellertid övervägande skäl för att socialstyrelsen handhar registreringen.

Det är utan tvekan angeläget, att de alternativmedicinska yrkesutövare, som genom en medicinsk basutbildning blivit registrerade och som givits möjlighet att i sin marknadsföring framhålla denna kompetens, ger allmänheten en trygg vård. Kommittén anser därför att yrkesutövarna genom att teckna försäkringar bör ge dem som drabbas av behandlingsskada möjligheter till ekonomisk ersättning även om någon oaktsamhet från behandlaren inte har kunnat konstaterats.

Särskilt höga krav måste utan tvekan ställas på de alternativmedicinska yrkesutövare som erhållit registrering. De bör föra behandlingsanteckningar och inte röja vad de i sin verksamhet har erfarit om en patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Kommittén utgår från att de alternativmedicinska yrkesorganisationerna internt övervakar att medlemmarna uppfyller dessa krav.

3.3 Inskränkningar i rätten att undersöka och behandla

3.3.1 Inledning

I den gällande 1960-års lag är visserligen utgångspunkten, att all verksamhet som bedrivs såväl mot som utan ersättning än tillåten för varje medborgare. Denna princip är dock förenad med åtskilliga undantag. I lagen finns nämligen ett antal olika förbud intagna. Dessa avser huvudsakligen behandling av vissa sjukdomar, användning av vissa undersöknings- och behandlingsmetoder samt undersökning och behandling av barn under åtta års ålder.

Behandlingsförbjudna sjukdomar utgörs till en del av generellt sett farliga sjukdomar. Dessa är – med lagens ordalydelse – kräfta och andra elakartade svulster, sockersjuka, epilepsi och sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning. Till dessa hör också sjukdomar, där det föreligger behandlingsplikt eller annan särskild reglering.

Användningen av vissa undersöknings- och behandlingsmetoder, som enligt lagens förarbeten "i en osakkunnigs hand innefattar särskilda, påtagliga risker", förbjöds. De förbjudna metoderna är allmän bedövning, lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel samt hypnos och radiologisk behandling. Det uttalades också, att man "noggrant måste följa utvecklingen för att snabbt kunna ingripa med ytterligare förbud, om någon farlig metod börjar praktiseras bland kvacksalvarna".

Förbud mot undersökning och behandling av barn under åtta års ålder ansågs i förarbetena angeläget, eftersom varken behandlaren eller föräldrarna säkert kunde förväntas ha "tillräckligt kritiskt omdöme för att märka när en farlig situation håller på att inträda". Åldersgränsen åtta år (ett år enligt det förslag som lämnades av den utredning som hade till uppgift att se över den äldre lagstiftningen) motiverades i första hand med konstaterandet, att "när barnet börjar skolan, kommer det under regelbunden läkarundersökning och kontroll, som bör kunna leda till att olämplig kvacksalvarbehandling uppdagas".

3.3.2 Behov av inskränkningar

I avsnitt 3.2.1 har kommittén som sin uppfattning framhållit, att det inte kan vara en statlig uppgift att försvåra eller förhindra den alternativmedicinska verksamheten i vidare mån än att uppenbara hälsorisker så långt det är praktiskt möjligt förebyggs. Frågan är då, när det mer konkret finns anledning för staten att ingripa mot en alternativmedicinsk behandling som den enskilde själv önskar få utförd. Utgångspunkten är ju, att patienten själv bestämmer om han vill ha den vård som hälso- och sjukvården kan erbjuda. Om patienten får sådan vård och därutöver som komplement erhåller alternativmedicinsk behandling torde sällan några faror uppkomma. Väljer en rättskapabel patient däremot att avstå från etablerad behandling och uteslutande förlita sig på alternativmedicinsk behandling, är situationen annorlunda, men det är ändå ett val som patienten är i sin fulla rätt att göra. Visserligen kan detta leda till att patientens sjukdom eller skada förvärras eller inte förbättras, men sådana negativa följder av det val som patienten

gjort har staten i princip inte anledning att ingripa mot annat än i form av konsumentinformation. Detta är i konsekvens med t.ex. förhållandet att varje medborgare, om han så önskar, får utöva farliga sporter och om han då skadas har rätt till vård på samma villkor som andra medborgare som avstår från sådan verksamhet. Valet av alternativmedicinsk behandling ligger med andra ord i princip inom den livssfär, där vi efter eget omdöme får träffa vårt val.

I den gällande lagstiftningen har emellertid – såsom framgått av avsnitt 3.3.1 – inte all alternativmedicinsk verksamhet tillåtits. Bakom förbuden i lagen ligger två grundläggande tankar. Båda hänför sig till ett riskresonemang. Det ansågs dels föreligga risker med behandlingen som sådan, dels föreligga risker med att en alternativ behandling leder till att patienten avstår från en botande eller på annat sätt verksam terapi. Är dessa skäl då alljämt hållbara?

Det finns – till skillnad från vad som gäller inom hälso- och sjukvården – inte någon samlad kunskap om skadeverkningarna med alternativmedicinsk verksamhet. De direkta riskerna med den alternativmedicinska verksamheten är nog emellertid totalt sett tämligen begränsade. Behandling med t.ex. homeopati och kostrådsterapi torde sålunda i sig innebära försumbara risker. Många andra metoder kan säkert vara mer eller mindre riskabla, men frågan är om patienterna i allmänhet utsätts för så mycket större risker här än vad som i andra sammanhang godtas i samhället. De två principiella problemen som motiverat lagstiftningen föreligger dock alljämt. Det ena är sålunda generellt och välkänt inom hälso- och sjukvården. Patienter som avstår från adekvat vård eller skjuter upp sådan vård riskerar att få sitt hälsotillstånd försämrat eller i vart fall inte få det förbättrat. Det andra har samband med själva den alternativa behandlingen som sådan och innefattar de risker som en mindre kompetent behandling kan innebära i fråga om befattning med barn, med allvarliga sjukdomar och med farliga metoder.

Eftersom många av de alternativmedicinska utövarna har begränsade kunskaper i fråga om medicinsk diagnostik, finns det anledning att anta att en hel del patienter behandlas under oriktig diagnos, om inte en läkare först har undersökt patienten. Riskerna med alternativ behandling ligger säkerligen i själva verket ofta i att fel medicinsk diagnos blir ställd av den alternativmedicinske behandlaren. Det är därför betydelsefullt, att den alternative behandlaren inte helt utan insyn från hälso- och sjukvården omhändertar patienter. Vid parallell konventionell och alternativ behandling kan däremot riskerna bedömas som små för att patienterna kommer till skada. I de följande avsnitten redovisar kommittén hur dessa risker kan begränsas.

3.3.3 Några sjukdomstillstånd

De principiella överväganden som kommittén här har presenterat måste för vissa situationer kompletteras med ett något annorlunda och mindre tillåtande synsätt.

I smittskyddslagstiftningen finns regler till skydd mot att smittsamma sjukdomar sprids bland människor. Reglerna omfattar vissa angivna, anmälningspliktiga sjukdomar. För de allvarliga smittsamma sjukdomarna, som benämns samhällsfarliga sjukdomar, finns bestämmelser om tvångsundersök-

ning, tillfälligt omhändertagande och tvångsisolering. Statens ingripande i den enskildes fria val att leva med sin sjukdom eller söka behandling är motiverat av skyddet för tredje man och ytterst av den fara för hela samhället som de smittsamma sjukdomarna innebär.

Enligt kommitténs mening måste de smittsamma sjukdomarna i princip uteslutas från behandling av alternativmedicinska yrkesutövare och andra som inte står under socialstyrelsens tillsyn. Frågan är dock om ett förbud behöver omfatta även andra anmälningspliktiga sjukdomar än samhällsfarliga sjukdomar. Med hänsyn till dessa sjukdomars karaktär anser kommittén, att behandlingsförbudet måste gälla alla smittsamma sjukdomar enligt lagen.

Vid vissa sjukdomstillstånd är riskerna med en utebliven eller fördröjd adekvat behandling så uppenbara, att dessa sjukdomar inte kan innefattas i den generella rätten för alternativmedicinska yrkesutövare m.fl. att ge behandling. Detta gäller bl.a. några svåra, behandlingsbara sjukdomar. Även vissa andra svåra sjukdomstillstånd hör hit.

Kommittén föreslår, att alternativmedicinska yrkesutövare m.fl. inte skall få behandla cancer, endokrina sjukdomar, t.ex. insulinberoende diabetes, systemsjukdomar, t.ex. SLE, samt psykosor om inte patienten först haft kontakt med läkare beträffande sjukdomen. Behandling av akuta, livshotande sjukdomstillstånd samt sjukdomar hos gravida kvinnor föreslås dock helt undantas från alternativmedicinsk behandling och annan behandling som inte står under socialstyrelsens kontroll.

Generellt måste den principen upprätthållas, att livsuppehållande behandling som läkare ordinerat inte får avbrytas av någon alternativmedicinsk behandlare eller annan som inte står under socialstyrelsens kontroll. Ett förbud med sådant innehåll är dock troligen svårt att beivra. Principen bör därför inte skrivas in i lagstiftningen. Om någon, genom att uppmana till att livsuppehållande behandling avbryts, gör sig skyldig till t.ex. vållande av kroppsskada eller vållande till annans död, kan dock åtal komma att väckas. Kommittén utgår dessutom från, att de alternativmedicinska yrkesutövarnas organisation aktivt verkar för att alla alternativmedicinska yrkesutövare ges nödvändig information om denna viktiga princip.

3.3.4 Några undersöknings- och behandlingsmetoder m.m.

De skäl som anfördes till stöd för det nuvarande förbudet mot användning av vissa bedövningsmetoder och radiologisk behandling gäller allttjämt. Kommittén föreslår därför att förbudet behålls.

Hypnotisk verksamhet kan delvis vara svår att bestämma och avgränsa. Det är därför ibland oklart, om en viss åtgärd är att bedöma som hypnos. Detta talar mot att metoden förbjuds, när den används av den som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Från psykiatrisk och psykologisk expertis har också framhållits olika uppfattningar om behovet av ett sådant förbud. Man har därvid till stöd för förbud särskilt pekat på risken för att med hypnos framkalla psykos hos individer med psykosnära tillstånd. Även om sådana risker kan förekomma, är kommittén emellertid inte beredd att föreslå att förbudet bibehålls. Det bör sålunda upphävas. Självfallet är det angeläget, att socialstyrelsen därefter noga följer utvecklingen på området.

Kommittén har övervägt om de gällande förbuden mot kringresande verksamhet och s.k. brevkvacksalveri behövs i framtiden. Dessa förbud riktar sig mot företeelser som inte var ovanliga vid tidpunkten för tillkomsten av 1960 års lag. Numera har den alternativa medicinen en annan inriktning och de alternativmedicinska yrkesutövarnas organisationer utövar en viss intern kontroll. Kommittén föreslår att utvecklingen noga följs i dessa frågor men anser att några förbud inte längre behövs.

3.3.5 Undersökning och behandling av barn

De förslag till inskränkningar i rätten att utöva verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, som kommittén lagt fram i avsnitt 3.3.3 och 3.3.4, avser några sjukdomstillstånd samt några undersöknings- och behandlingsmetoder. Frågan om behandling av barn utgör principiellt sett ett annat problem, eftersom det här inte är frågan om risker som kan vara förknippade med ett visst tillstånd hos en patient eller en viss metod utan om risker för alla patienter under en viss ålder, oavsett sjukdomstillstånd eller använda metoder. Barn är för det första generellt sett som patienter betydligt känsligare än vuxna individer, vilket särskilt gäller i yngre åldersgrupper. För det andra har barn i yngre åldrar knappast några möjligheter att själva bestämma över sitt liv och sin hälsa. Dessa barn får följaktligen inte på egen hand göra avvägningar mellan å ena sidan behandlingens fördelar och å andra sidan risker, smärtupplevelser eller andra obehag.

Enligt de gällande bestämmelserna får endast den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen undersöka eller behandla barn, innan barnet fyllt åtta år. Förbudet är entydigt och något undantag därifrån eller någon dispensmöjlighet finns inte. Den skarpa gräns som härigenom dras innebär emellertid också vissa olägenheter. Det har nämligen visat sig, att alltför föräldrar söker kontakt med alternativmedicinska behandlare, samtidigt som deras barn behandlas i hälso- och sjukvården. De tankar som ligger bakom gällande behandlingsförbud möter tydligen begränsad förståelse hos dessa föräldrar. Det har också visat sig svårt att stoppa sådana kontakter och många läkare har – bl.a. av humanitära skäl – funnit sig böra godta kontakterna, så länge barnen inte kommer till skada.

På samma sätt som vid annan alternativmedicinsk behandling återspeglar intresset för alternativmedicinsk behandling av barn i någon mån hälso- och sjukvårdens tillkortakommanden, när det gäller behandlingsresultat och information till patienterna. Särskilt svårt är det självfallet för föräldrar att acceptera att det på nuvarande kunskapsnivå inte är möjligt att bota vissa svårt sjuka barn. Föräldrarnas beslut att söka alternativmedicinsk behandling bör därför inte kritiseras. Enligt kommitténs mening medför en delvis dold undersökning och behandling av barn ändå i sig sådana faror som man bör försöka undanröja. En ökad öppenhet ger tveklöst större möjligheter att skydda barnen genom att kontakterna med den etablerade vården inte bryts. Mycket talar därför för att man ska försöka hitta vissa samverkansformer mellan den etablerade medicinen och den alternativa medicinen. En svårighet utgör därvid den stora spännvidden i kompetensen hos de alternativmedicinska yrkesutövarna.

I framtiden finns det anledning att räkna med, att alltfler av de alternativmedicinska yrkesutövarna kommer att ha en medicinsk basutbildning eller motsvarande utbildning. Dessa yrkesutövare torde i allmänhet ha tillräcklig kompetens för att undvika många av de risker som är förknippade med undersökning och behandling av barn.

Kommitténs slutsats är sålunda, att det är bättre att lagstiftningen tillåter viss alternativmedicinsk undersökning och behandling av barn, än att denna sker utan insyn. Detta skulle kunna ske på det sättet, att barn får tas emot av alternativmedicinska yrkesutövare som till följd av en medicinsk basutbildning har registrerats, under förutsättning att barnet har regelbunden läkarkontakt och att läkaren har vetskap om de alternativmedicinska insatserna. Läkarens uppgift är därvid primärt inte att följa de alternativmedicinska omhändertagandet utan att ge en etablerad behandling. Dessutom bör gälla, att barnet, föräldrarna eller andra som ansvarar för barnet inte får uppmanas att sätta ut den behandling som ordinerats av läkare. Undersökning och behandling av barn under tre års ålder bör dock inte i något fall få ske.

Om kommitténs förslag genomförs, finns det anledning att räkna med, att fler föräldrar än f.n. söker sig till de alternativmedicinska yrkesutövare som har registrerats i stället för till yrkesutövare utan sådan kompetens och att kontakterna med hälso- och sjukvården ändå behålls. Den sänkta åldersgränsen bör därför enligt kommitténs mening främst ses som en åtgärd för att minska riskerna för barnen.

När det är fråga om alternativmedicinska yrkesutövare som saknar alternativmedicinsk basutbildning och därför inte kan registreras, ställer sig saken annorlunda. Det har från barnläkarhåll framhållits, att den nuvarande åldersgränsen knappast är sakligt motiverat från medicinska utgångspunkter. De risker som är förknippade med behandling av barn bedöms vara minst lika stora för de något äldre barnen; det har t.o.m. hävdats, att den mest utsatta åldersgruppen skulle vara elva- och tolvåringar. Sådana riskuppskattningar är dock svåra att göra generellt. I viss utsträckning blir bedömningarna också beroende av vilken sjukdom som barnet lider av. Det är dock klart, att barn i åttaårsåldern och de närmaste åren däröver inte har möjlighet att själva ta ställning i hälsofrågor. Lagstiftarens avvägning har därför i den s.k. injektionslagen resulterat i att åldersgränsen vid injektion av naturmedel för injektion satts till femton år.

För de alternativmedicinska yrkesutövare som saknar medicinsk basutbildning och inte kan registreras har kommittén stannat för att föreslå, att den undre åldersgränsen för undersökning och behandling av barn skall vara femton år. Eftersom efterfrågan på undersökning och behandling hos dessa yrkesutövare – enligt vad kommittén redan redovisat – kan förväntas komma att minska, torde det inte vara någon risk för att förbudet blir överträtt i någon större utsträckning.

3.4 Bättre kontakter mellan den etablerade och den alternativa medicinen

Inom den etablerade hälso- och sjukvården krävs i princip att den som är sjuk eller skadad skall omhändertas och få den vård som hans tillstånd motiverar. Vården skall sålunda utformas i första hand med hänsyn till patientens tillstånd och inte till en

viss yrkesutövares förmåga eller resurser. Vården är med andra ord behovsriktad och gränserna för den vård en patient kan erhålla sätts främst av vad som medicinskt över huvud taget är möjligt att utföra och av tillgängliga ekonomiska resurser.

Om det brister i en viss yrkesutövares kompetens eller om han inte har tillgång till den medicinskekniska utrustning eller andra resurser som behövs för att på ett adekvat sätt omhänderta patienten, får han därför inte avbryta eller avsluta omhändertagandet. Han måste i stället utnyttja de personella och tekniska resurser som kan finnas på annat håll. Detta kan ske, antingen genom att han behåller det direkta vårdansvaret och rådgör t.ex. med en kollega, eller genom att han remitterar patienten till någon annan yrkesutövare. I det senare fallet övertar den andra yrkesutövaren det direkta vårdansvaret för patienten.

Systemet med kontakter och remittering utgör inom den etablerade hälso- och sjukvården ett naturligt och viktigt inslag i arbetet med att ge patienten en god vård. Det är självfallet på samma sätt angeläget, att de som utövar alternativmedicinsk verksamhet försöker att utnyttja de resurser som på olika håll finns på hälso- och sjukvårdens område.

Den medicinska basutbildning, som kommittén anser värdefull och närmare diskuterat i avsnitt 3.2.4, bör i stort sett göra den alternativmedicinske yrkesutövaren kompetent att bedöma patientens hälsotillstånd och om han själv kan hjälpa patienten. Om han inte själv kan ge vård, måste han hänvisa patienten till någon annan alternativmedicinsk yrkesutövare eller till hälso- och sjukvården. En sådan hänvisning, närmast påminnande om en informell remittering, till hälso- och sjukvården sker, enligt vad kommittén har inhämtat, redan för närvarande i stor utsträckning. Kommittén har också övervägt, om inte kommunikationerna mellan den alternativa medicinen och hälso- och sjukvården ytterligare skulle kunna förbättras. Härigenom skulle den alternativmedicinska yrkesutövarens iakttagelser och åtgärder kunna vägas in vid det fortsatta omhändertagandet av patienten. Kommittén anser emellertid, att dessa kontakter inte bör formaliseras, utan att det förbättrade samarbetet liksom hittills bör ske på ett informellt och i övrigt smidigt sätt. Det måste nämligen förutsättas, att information om patientens hälsotillstånd blir beaktad oavsett på vilket sätt denna information tillförs den etablerade hälso- och sjukvården.

Vad som bör eftersträvas är sålunda en ökad öppenhet mellan alternativmedicinska yrkesutövare och hälso- och sjukvården och en lyhördhet för patientens önskemål. Detta kan uppnås på många olika sätt. Till viss del medför självfallet patienten själv information från den alternativmedicinske yrkesutövaren till hälso- och sjukvården, i den mån patienten efter besöket hos den alternativmedicinske yrkesutövaren vänder sig till hälso- och sjukvården. Det är dock angeläget, att även direkta kontakter mellan

alternativmedicinska yrkesutövare och hälso- och sjukvården kommer till stånd. Detta kan ske genom t.ex. telefonkontakter men även brevledes. Självfallet finns det dock inte något hinder mot att den alternativmedicinske yrkesutövaren använder en särskild blankett för att överlämna informationen.

En helt annan och besvärligare fråga är om hälso- och sjukvårdspersonalen kan remittera eller på annat sätt överlämna patienter för fortsatt omhändertagande hos en alternativmedicinsk yrkesutövare. Kommittén har funnit, att för närvarande flera hundra läkare hänvisar patienter till kiropraktorer och naprapater. I något landsting förekommer även en sådan hänvisning till akupunktörer för smärtbehandling. Mycket talar för att denna verksamhet kommer att öka i framtiden. Redan nu betalar några försäkringsbolag ersättning för viss alternativmedicinsk behandling som läkare rekommenderat.

Fråga har uppkommit, om detta förfarande är i överensstämmelse med gällande bestämmelser. För att få reda på om förfarandet är rättsenligt, får man i första hand söka ledning i bestämmelserna i tillsynslagen och bl.a. allmänna läkarinstruktionen. Dessa författningar ger emellertid ingen uppenbar ledning i detta fall. Någon författning som särskilt reglerar frågan om hänvisning till alternativmedicinska yrkesutövare finns inte heller.

Även om inte någon särskild författning reglerar när och hur hänvisning får ske, torde dock socialstyrelsen kungörelse (1979:77) om läkares ansvar för remitterade patienter m.m. ge en ganska god bild av rättsläget, när det gäller ansvarsfördelningen generellt sett mellan den remitterande läkaren och den som tar emot en patient efter remiss. Av kungörelsen framgår, att den remitterande läkaren måste försäkra sig om, att patienten får tid för undersökning inom en från medicinsk synpunkt godtagbar tid. Så länge någon annan läkare inte har undersökt patienten, har den remitterande läkaren fortfarande de bästa förutsättningarna att bedöma patienten och hans vårdbehov. Han bör därför – framgår det vidare av kungörelsen – om väntetiden blir för lång, återställa patienten för kontroll på sin egen mottagning om detta är motiverat. Någon form av uppföljningssystem kan därför behövas. In till dess att en remitterande läkaren förvässat sig om, att patienten har blivit omhändertagen av remissinstansen, kvarstår således hans medicinska ansvar. I kungörelsen framhålls vidare, att den remitterande läkaren vanligtvis skriftligen ska underrättas vid utskrivning från den klinik eller avdelning där patienten vårdats. Om det är nödvändigt bör liknande information också delges distriktssköterska, sjukgymnast m.fl. Varje läkare som utnyttjar olika serviceenheters tjänster måste bevaka, att svar på prover, särskilda undersökningar m.m. kommer honom tillhanda samt att dessa granskas inom en acceptabel tid. Den läkare som begär ett prov, ett utlåtande mm har fortfarande kvar sitt övergripande ansvar för patienten, framgår det också av kungörelsen.

Det kan alltså uppkomma ganska komplicerade ansvarsförhållanden, redan när en läkare remitterar en patient för fortsatt omhändertagande någon annanstans inom hälso- och sjukvården. Så väl den remitterande läkaren som den som tar emot en patient efter remiss har sålunda ett ansvar, men detta kan inte på ett enkelt sätt beskrivas utan måste bli beroende av förhållandena i varje särskilt fall. Ansvaret omfattar i första hand att patienten får adekvat vård.

Det säger sig därför självt, att en hänvisning från en läkare till en alternativmedicinsk yrkesutövare inte är problemfri. Kommittén är av detta skäl inte beredd att generellt föreslå att en sådan formell hänvisning bör komma tillstånd i framtiden. Kommittén förordar i stället i första hand, att den ökande öppenheten och det förbättrade samarbetet genomförs på andra vägar.

Kommittén finner emellertid att det är angeläget, att dessa frågor ytterligare belyses. Detta skulle kunna ske, om en försöksverksamhet genomfördes. En sådan försöksverksamhet bör emellertid begränsas såväl i tiden som när det gäller de yrkesgrupper inom alternativmedicinen, till vilka hänvisning bör få ske. Kommittén föreslår, att en sådan försöksverksamhet inleds inom något landsting där det finns intresse för frågan. Verksamheten skulle kunna finansieras genom forskningsanslag. De grupper som skulle kunna komma i fråga att ta emot en patient efter remiss från läkare är framför allt kiropraktorer, naprapater, akupunktörer och massörer. Självfallet måste en sådan försöksverksamhet få en uppläggning och genomföras på ett sådant sätt, att en meningsfull utvärdering kan ske. Det är också viktigt att sekretesskyddet i vården beaktas. Detta innebär att patientens samtycke måste inhämtas, innan några uppgifter om patienten lämnas ut.

En annan fråga, som kan hänga ihop med frågan om hänvisning, är frågan om ersättning till den patient som har blivit hänvisad från hälso- och sjukvården till den alternativa medicinen. Dessa frågor hör i för sig inte nödvändigtvis ihop, men en hel del av värdet med hänvisningen, sett från patientens synpunkt, ligger ändå i att en stor del av kostnaderna för behandlingen hos den alternativmedicinske yrkesutövaren betalas av allmänna medel. Frågan om ersättning för sådan behandling blir ytterst en resursfråga, eftersom varje patient som behandlas av en alternativmedicinsk yrkesutövare skulle ta en del av de gemensamma resurserna som hälso- och sjukvårdshuvudmannen förfogar över. Även om det av humanitära och sociala skäl kan förefalla rimligt att ersättningsfrågan löses, finns det dock - så som kommittén ser det - många lika angelägna frågor i vården. Så länge inte alla behandlingsformer som tillhör den etablerade terapin, dvs. terapier vars effekt är dokumenterade, berättigar till ersättning, kan det knappast bli fråga om att avdela resurser för sådan behandling som alljämt är obevisad. Kommittén lägger därför inte fram något förslag om ersättning av allmänna medel vid alternativmedicinsk behandling.

4 Diskussion om nya yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården

Sammanfattning

Kommittén diskuterar i detta kapitel legitimation av olika alternativmedicinska yrkesgrupper. Kommittén anser att naprapaternas verksamhet har kvaliteter utöver vad den alternativmedicinska sektorn generellt kan uppvisa. Kommittén är dock inte beredd att föreslå att naprapater legitimeras för närvarande dels då det, i motsats till Doctors of Chiropractic, inte föreligger någon risk för förväxling med andra grupper med kortare utbildning och dels då naprapaterna bör uppvisa vetenskapliga studier som ytterligare konfirmerar effekten av deras verksamhet.

Kommittén föreslår också att eventuellt beslut om legitimationsgrundande kiropraktorutbildning i Sverige bör anstå i avvaktan på den utredning om bl.a. en samnordisk kiropraktorutbildning som förbereds inom Nordiska rådet.

4.1 Inledning

Genom beslut i riksdagen kan kiropraktorer med examen som Doctors of Chiropractic få legitimation som hälso- och sjukvårdspersonal fr.o.m. den 1 juli 1989. Detta beslut har aktualiserat frågan om legitimation även för andra alternativmedicinska grupper, främst kiropraktorer som utbildas i Sverige samt naprapater.

I detta kapitel redogörs inledningsvis för de kriterier och bestämmelser som gäller för att en yrkeskategori skall kunna accepteras inom hälso- och sjukvården. Därefter beskrivs situationen när det gäller kiropraktorer och kiropraktorutbildning i Sverige samt redovisas en utredning av naprapaterna och deras verksamhet, utbildning m.m. Kapitlet avslutas med kommitténs ställningstagande när det gäller övriga grupper av alternativmedicinska behandlare.

4.2 Kriterier för legitimation m.m.

Frågan om att inordna yrkesgrupper som för närvarande utövar alternativmedicinsk verksamhet i hälso- och sjukvården gäller inte primärt om grupperna skall omfattas av några bestämmelser om t.ex. legitimation. Först måste det nämligen avgöras, om grupperna byggt upp ett sådant förtroende och metoderna vunnit ett sådant mått av kliniskt och vetenskapligt erkännande att de kan upptas i hälso- och sjukvården. Detta behöver i och för sig inte ske genom någon författningsmässig reglering utan kan ske formlöst genom att yrkesutövare anställs vid t.ex. sjukhus eller utnyttjas av legitimerade

yrkesutövare som biträde.

En helt annan fråga är om en alternativmedicinskt verksam yrkesgrupp skall omfattas av ett statligt kompetens- och behörighetssystem. Av det som anförts framgår, att en yrkesgrupp kan upptas bland hälso- och sjukvårdspersonalen utan att för den skull inordnas under bestämmelser om t.ex. legitimation. Innan kommittén övergår till att i avsnitt 4.3 diskutera behovet av att inordna några alternativmedicinskt verkssamma yrkesgrupper i hälso- och sjukvården, skall här i korthet redovisas principerna bakom den gällande kompetens- och behörighetsregleringen.

I den nämnda regleringen har legitimationsinstitutet en central roll. Av motiven till lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (behörighetslagen) – se prop. 1983/84:179 – framgår att legitimationens huvudfunktion är att vara en garanti för en viss kunskapsnivå och för sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denna är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende. Det förhållandet att legitimationen vid behov kan dras in har i detta sammanhang en central betydelse. Dessutom fyller legitimationen ett väsentligt informationsbehov dels gentemot allmänheten, som behöver en lättfattlig "varudeklaration" av olika yrkesutövares kvalifikationer, dels gentemot statliga och kommunala myndigheter som måste kunna lita på yrkesutövarna t.ex. i fråga om recept och intyg och dels gentemot sjukvårdshuvudmännen för att undvika att personer anställs som visat sig vara uppenbart olämpliga att utöva yrket.

Det konstateras vidare i propositionen, att bestämmelser om legitimation fortsättningsvis bör förbehållas sådana grupper av yrkesutövare, som har en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården. Det förhållandet att en yrkesgrupp i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten, t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare, bör tillmätas särskild betydelse.

Enligt kommitténs uppfattning bör vad som här anförts tjäna som utgångspunkt vid diskussionen av en eventuell författningsreglering, sedan det prövats om någon eller några alternativmedicinskt verkssamma yrkesgrupper kan inordnas i hälso- och sjukvården. Kommittén redovisar i det följande avsnittet sin bedömning i dessa frågor.

4.3 Kiropraktorerna och kiropraktorutbildningen

4.3.1 Utövare av kiropraktik

Utöver gruppen Doctors of Chiropractic förekommer i Sverige även flera andra grupper av kiropraktorer med skiftande utbildningsbakgrund. Härtill kommer naprapater, som är en stor grupp i Sverige, och osteopater samt s.k. kotknackare av traditionellt slag.

Uppskattningsvis är totala antalet alternativa behandlare som använder manipulationsteknik ca 1000 i landet vid sidan av gruppen Doctors of Chiropractic som år 1989 är knappt 80 utövare.

Kiropraktorerna i Sverige är organiserade i Svenska Kiropraktor Sällskapet (Doctors of Chiropractic), i Chiropraktiska Föreningen i Sverige, som huvudsakligen organiserar kiropraktorer som genomgått utbildningen vid

Skandinaviska Chiropraktorskolan (se nedan) men som i övrigt uppges lägga större vikt vid praktisk färdighet än teoretisk, formell, utbildning. Föreningen har ett 90-tal medlemmar. Härtill kommer Svenska Chiropraktorgruppen, som organiserar kiropraktorer med varierad utbildning såsom vidareutbildade massörer.

4.3.2 Skandinaviska Chiropraktorskolan

I landet förekommer flera olika utbildningar av kiropraktorer (se Alternativa terapier i Sverige – SOU 1989:62). Den mest omfattande av dessa utbildningar är Skandinaviska Chiropraktorskolan som startade 1983 inom ramen för Axelsons Gymnastiska Institut i Stockholm. Utbildningen omfattar totalt drygt 4 000 lektionstimmar fördelade på veckoslut och hela veckor under 4 års tid. Drygt 2 000 timmar ägnas åt grundläggande medicinsk basutbildning, ca 1 300 timmar åt massage och kiropraktik samt 600 timmar åt patientpraktik. Under första året utbildas eleverna till "Diplomerade massörer". Först när utbildningen är avslutad och godkänd får eleverna utöva kiropraktik mot betalning. Svenska läkare och medicine kandidater undervisar i de basmedicinska ämnena.

Skandinaviska Chiropraktorskolan har i olika sammanhang fört fram synpunkten att skolan är likvärdig med de utländska utbildningarna till Doctors of Chiropractic och att skolan därför borde tillerkännas samma status som dessa. Detta skulle innebära att de elever som godkänns efter genomgången utbildning vid skolan borde kunna erhålla legitimation.

Kommittén besökte Skandinaviska Chiropraktorskolan år 1987 och fick därvid ta del av skolans inriktning och planer för framtiden. Det framkom vid detta tillfälle att skolan inte hade samma omfattning som de utländska högre utbildningarna och att man även hade vissa problem med att engagera lärare med önskvärda kvalifikationer. Det framgick emellertid också att skolan hade goda ambitioner att skapa en utbildningsinstitution i klass med utländska kiropraktorhögskolorna och man trodde då att man inom några år skulle kunna redovisa erforderligt timomfång och även ha kommit till rätta med övriga brister.

Kommittén gjorde i kiropraktorbetänkandet (SOU 1987:12) den bedömningen att det inte är tillfredsställande om det svenska behovet av kiropraktorer även i framtiden skall tillgodoses enbart genom utländsk utbildning. En svensk högskola eller en sådan på nordisk bas kunde på sikt vara en lämplig lösning liksom någon form av påbyggnadsutbildning i manipulationsteknik för bl.a. läkare och sjukgymnaster.

Vid Nordiska rådets 37:e session 1989 antog rådet en rekommendation till Nordiska ministerrådet att snarast genomföra en utredning om möjligheterna till en för de nordiska länderna gemensam utbildning för kiropraktorer, liksom till likalydande rättsregler rörande kiropraktorers legitimation och yrkesutövning. Kommittén har vidare erfarit att det finns planer på att starta en nordisk högskoleutbildning för kiropraktorer i Odense och en motsvarande på nordeuropeisk bas i Sydsverige.

4.3.3 Överväganden och förslag

Även om många kiropraktorer utöver Doctors of Chiropractic har en gedigen utbildning och omfattande erfarenhet av ryggmanipulation har kommittén inte funnit skäl för att för närvarande föreslå någon annan grupp av kiropraktorer till legitimation.

Med anledning av Nordiska rådets initiativ anser alternativmedicinkommittén att man bör avvakta tills vidare innan beslut fattas om legitimeringsgrundande utbildning av kiropraktorer i Sverige. I den bedömning som förr eller senare måste göras bör emellertid såväl Skandinaviska Chiropraktorskolan som Naprapatic School (4.4.3) vägas in.

4.4 Naprapatin och naprapaterna

4.4.1 Vad är naprapati?

Naprapatin utvecklades i början av 1900-talet i USA av Oakley Smith. Han var från början kiropraktor och forskare på Palmer-institutet. Till skillnad från den palmerska betoningen på sublaxationer i ryggraden som sjukdomsorsak utsträckte Smith intresset även till eventuella skador i mjukdelarna i samband med en leddkada. År 1907 grundade han Chicago National College of Naprapathy.

Ordet naprapati kommer från tjeckiskans *napraviti*, som betyder att korrigeras, och grekiskans *pathos*, lidande; naprapati kan sägas vara att korrigeras orsak till lidande. Det är särskilt besvär i rygg, nacke, leder och muskler som behandlas.

Kroppen utsätts tämligen konstant för påfrestningar av olika slag. Sammandragningar och stelhet i bindväv, muskler, senor och ledband kan störa de normala kroppsfunktionerna. Naprapatens uppgift är att lokalisera störningar, tänja ut vävnaderna och återställa den normala funktionen. Idealet är normal rörlighet i alla leder samt en symmetrisk och riktig kroppshållning. Naprapati är således *ett terapisystem för behandling av problem i rörelseapparat* med syfte att återställa en normal rörlighet och en korrekt kroppshållning.

4.4.2 Verksamheten

Naprapaten undersöker patienten med avseende på hållning, rörelseförmåga, smärta, neurologiska reaktioner, muskelstyrka m.m., förutom att den tidigare sjukdomshistorien samt levnadsvanor efterfrågas. Undersökningen innebär huvudsakligen palpation, varvid samtidigt de passiva rörelserna i ryggraden bedöms. Töjbarheten i olika muskelgrupper brukar värderas.

Det finns en rad tillstånd som utgör kontraindikationer för manipulationsbehandling och som måste uteslutas. Naprapaterna själva betraktar svår benskörhet, länge tids cortisonbehandling, tumörer och vissa andra sjukdomar som invändningar mot behandling.

Själva behandlingen är i huvudsak manuell. Den innefattar bl.a. behandling av mjukdelar som omsluter skelett och leder, terapeutisk massage och

rörelseterapi. Laser-, mikrovågs- och andra apparater kommer ganska ofta till användning. Den manipulation som ges vid inskränkt rörlighet i lederna uppges vara något mildare än den teknik som vanligen används av kiropraktorer. Även råd för fortsatt egenvård ges.

Naprapatin förekommer i dag främst i USA i Illinois-området, i Sydeuropa och i Skandinavien. Anledningen till att naprapatin är relativt vanlig här i landet är, att den enda naprapatskolan utanför USA är belägen i Stockholm. I Sverige arbetar naprapater främst inom den privata sektorn och anlitas bl.a. av idrotten och företagshälsövrården.

Svenska naprapatförbundet, som bildades år 1971 och numera ingår i KAM, har omkring 380 medlemmar. Av dessa har 360 fullt medlemskap (1989). För medlemskap fordras godkänd utbildning vid Naprapathic School i Stockholm eller vid Chicago National College of Naprapathy.

4.4.3 Utbildning

Utbildning av naprapater började i Sverige 1970, och 1983 invigde Naprapathic School nya och moderna lokaler i centrala Stockholm. Studietiden är fyra år, varav det sista året huvudsakligen ägnas åt examensarbete och praktiskt arbete. Skolan skriver in 65 elever varje år och intagningskravet är gymnasiekompetens; högskolans kvotering tillämpas. Extrapoäng ges för sjukgymnastexamen, för sjukhuspraktik och för genomgången massagekurs.

Timplanen innehåller ett 40-tal rubriker och omfattar cirka 4000 elevtimmar och drygt 6000 lärartimmar ("skoltimmar"). Det kan bl.a. noteras att man har särskilda rubriker för etik, patientomhändertagande, juridik och företagsekonomi, näringslära samt odontologi. I utbildningen ingår även forskningsmetodik med statistik och studiebesök.

Ett 20-tal läkare anlitas i undervisningen och dessa svarar för drygt 1 000 undervisningstimmar. Naprapater meddelar övrig undervisning, dock ges viss elementär handledning av äldre elever. En läkare ansvarar för planeringen av studierna.

Skolan meddelar undervisning i 40 ämnen med huvudgrupperna grundmedicinska ämnen (13 st.), kliniska ämnen (22 st.) samt klinisk praktik (3 st.).

Det föreligger beskrivningar över ca 30 föreläsningsserier, varav åtskilliga är delar av större ämnen. Sålunda har t.ex. anatomi fem serier. Målbeskrivningarna är påtagligt högtsyftande och inte alltid i relation till elevernas kommande yrkesverksamhet. Det gäller t.ex. farmakologi, näringslära och radiologi. Storleken av angivna kunskapsområden synes vara väl tilltagen även i andra ämnen, t.ex. medicinsk historia och odontologi.

Skolan kräver obligatorisk närvaro av eleverna. Katedrala föreläsningar dominerar de teoretiska ämnena. Dessutom förekommer demonstrationer. I karaktärsämnet manuell medicin ingår även praktiska övningar. Under den kliniska praktiken är demonstrationer och övningar på friska elever en väsentlig del, innan behandling av patienter får börja. Behandlingar utförs under överinseende av handledare.

Skriftliga kunskapsprov förekommer i varje teoretiskt ämne. Vidare ingår praktiska prov som organiseras av respektive lärare. Det obligatoriska examensarbetet författas under handledning av en lärare.

Den som avlagt examen i naprapati får titeln Doctor of Naprapathy, förkortat D.N.

4.4.4 Granskning av utbildningen

Ovanstående uppgifter om utbildningen på Naprapathic School i Stockholm grundas huvudsakligen på en särskild granskning, som genomförts av professor Harald Brodin på uppdrag av alternativmedicinkommittén. Brodin har också sammanfattat sina iakttagelser i ett omdöme, som återges nedan i sin helhet.

"Naprapatutbildningen i Stockholm ger en god praktisk kunskap inom en relativt liten sektor av rörelseorganens problemområde, dvs. den del där manuella tekniker är användbara vid funktionsvärdering och behandling. Man har inte ambitioner att utöka sektorn utan vill bli bäst "inom sin nisch". Utanför sektorn/nischen ligger viktiga kunskapsområden, t.ex. praktisk erfarenhet av allvarliga sjukdomar och skador. Läkarsökning är därför nödvändig före naprapatbehandling. Medicinsk rehabilitering, träning i olika former samt registrering av olika funktioner befinner sig också utanför sektorn/nischen.

De använda teknikerna ger inte bästa möjliga precision vid funktionsstudierna ("diagnosen"). De synbarligen ofarliga behandlingarna – endast två skadeärenden under 13 år – behöver värderas liksom fallet är med många andra brukliga medicinska behandlingstekniker. Naprapaternas önskan att bli infogade i sjukvårdssystemet i förening med den kvalitativt höga teoretiska utbildningen har skapat en rationell bas för den fortsatta utvecklingen. En del vetenskapliga projekt, i vilka naprapater deltar, pekar i samma riktning.

En rättvisande jämförelse med kiropraktorers kunnande kan inte göras med timplaner och allmänna beskrivningar. Härvid framstår nämligen likheterna med naprapaterna tydligare än skillnaderna. En reell jämförelse skulle kräva studier vid en utbildningsenhet för kiropraktorer, vilket inte varit möjligt. Sjukgymnasterna med sina 2 1/2 år långa utbildning får en bredare teoretisk och praktisk bakgrund för sitt yrke. Medicinsk rehabilitering och träning är framträdande inslag i deras utbildning. Den manuella skicklighet hos sjukgymnaster utan vidareutbildning är tydligt mindre än hos naprapaterna.

Det är tveksamt om naprapatutbildningen är likvärdig med kiropraktorutbildningen, och den är inte likvärdig med sjukgymnastutbildningen."

4.4.5 Vetenskaplig utvärdering

Professor Lars Olov Bygren och klinisk amanuens Niels Lynøe vid socialmedicinska institutionen, Umeå universitet, har systematiskt gått igenom och värderat den hittills publicerade vetenskapliga litteraturen om kiropraktik och manipulationsbehandling. Lynøes och Bygrens rapport Manipulationsbehandling vid smärttillstånd i ryggen har tidigare publicerats av kommittén i delbetänkandet Legitimation för vissa kiropraktorer (SOU 1987:12). Av rapporten kan man dra slutsatsen att det skulle föreligga en – visserligen begränsad men ändå övertygande – terapeutisk effekt av sådan behandling vid länd- och brösttrygsbesvär.

Naprapatin gör anspråk på att vara en mjukare metod än t.ex. kiropraktiken. Av den anledningen har kommittén senare bett Lynøe och Bygren att särskilt granska den vetenskapliga litteraturen om denna metod. Härvid visade det sig att det egentligen bara har genomförts en undersökning där naprapati ingår som särskild behandlingsform vid sjukdomar och smärttillstånd i stöd- och rörelseapparaten (Alvesalo och Peltonen). Det gäller en icke randomiserad och i övrigt icke-kontrollerad prospektiv undersökning om naprapatbehandlingens effekt på 153 patienter med olika väldefinierade sjukdoms- och/eller smärttillstånd i rörelseapparaten. Undersökningen pågick under 5 år. Man

fann att nästan 90 % av patienterna fick sitt tillstånd lindrat eller förbättrat med genomsnittligt 7,3 behandlingar och drar slutsatsen att naprapatbehandlingen åtminstone har befrämjat tillfrisknandet.

Lynöe och Bygren har haft den kliniskt kontrollerade undersökningen som måttstock också i det tidigare nämnda utvärderingsarbetet. De uttalar nu som sin uppfattning, att det inte går att dra några slutsatser alls om effekten av naprapati av ovanstående undersökning.

Lynöe och Bygren anser dock att likheterna mellan olika manipulationsgrepp utförda av t.ex. osteopater, kiropraktorer, ortopediska medicinare resp. naprapater är större än olikheterna. Vid bedömningen av naprapati som manipulationsteknik hänvisas därför till Delrapporten om manipulationsbehandling vid olika smärttillstånd i ryggen (ingår som bilaga i Legitimation för vissa kiropraktorer, Delbetänkandet från alternativmedicinkommittén. SOU 1987:12). I denna rapport gör Lynöe och Bygren följande bedömning:

Effekten av manipulationsgreppet på bröst- och ländryggssmärter är med de metodologiska förbehåll som gjorts signifikant när det gäller korttidseffekten. Det föreligger osäkerhet om manipulationsgreppets överlägsenhet över andra typer av icke-operativa terapier. Manipulationsgreppsbehandlingen kan ses som ett komplement till övriga former av icke-operativ behandling.

Författarna tillägger att manipulationsgreppsbehandling inte är riskfri, speciellt när det gäller manipulation av halsrygg. Förebyggandet av komplikationer och identifikation av kontraindikationer kräver därför diagnostisk kompetens. Om patienten har informerats om riskerna och fortfarande är intresserad och manipulationsbehandlingen utförs under betryggande förhållanden så bedöms behandlingen som säker när det gäller manipulering av bröst och ländrygg, anser Lynöe och Bygren.

4.4.6 Naprapatfrågan i riksdagen

I samband med att propositionen (1988/89:96) om legitimation för vissa kiropraktorer m.m. behandlades av riksdagen, väcktes även ett flertal motioner bl.a. om legitimation även av gruppen Doctors of Naprapathy.

I flera motioner framhölls att naprapatin är en väl etablerad terapiform i Sverige. Årligen söker sålunda ca 200 000 patienter vid ca en miljon tillfällen vård hos naprapater. I flera motioner påpekades också att det sedan 1970-talet finns möjligheter till utbildning i Sverige, vilket möjliggör en kontroll från samhällets sida av verksamheten. I ett par olika motioner anfördes att naprapatbehandling, som sätts in på ett tidigt stadium, leder till en minskad förbrukning av mediciner och kortare sjukskrivningstider.

Socialutskottet instämde i sitt betänkande (1988/89:SoU23) i motionärernas bedömningar att det inom naprapatin bedrivs ett seriöst arbete. Så snart tillräckligt underlag för ett ställningstagande föreligger beträffande naprapaterna bör, säger utskottet, regeringen pröva frågan om deras legitimation.

4.4.7 Kommitténs överväganden och förslag

Svenska Naprapatförbundet framförde tidigt till kommittén, att man ville förbli "alternativmedicinskt" och alltså kvarstå utanför det etablerade hälso-

och sjukvårdssystemet. När det stod klart att kommittén avsåg att föreslå legitimation för Doctors of Chiropractic ändrade sig förbundet och har sedan dess drivit linjen att även naprapaterna skall få legitimation. Härvid har främst anförts rättviseargument.

I delbetänkandet om kiropraktiken framhöll kommittén, att behörighetsfrågorna måste ses i belysningen av hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) krav, att hälso- och sjukvården skall vara av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet i vården och behandlingen (2 §). I det perspektivet blir utövarnas allmänna medicinska förfarenhet, kunskaper i diagnostik och insikter om terapins begränsningar minst lika viktiga som själva behandlingsmetodikerna. Brodin har i sitt utlåtande ställt sig tveksam till naprapaternas diagnostiska kompetens och hävdar bl.a. att det krävs läkarundersökning före naprapat-behandling. Enligt Lynöe och Bygren saknas vetenskaplig dokumentation om effekten av naprapaternas behandling.

Naprapaternas kliniska arbete har vissa likheter med främst kiropraktorernas, men även med sjukgymnasternas. Naprapatförbundet brukar dock framhålla gruppens särskilda yrkesprofil inom det manuella behandlingsområdet. Det är också kommitténs mening, att naprapaterna utgör en väldefinierad grupp med en klar yrkesidentitet. Gruppen bör därför i frågan om legitimation bedömas utifrån de egna förutsättningarna.

Behörighetslagstiftningens kriterier för legitimation av nya grupper är uttalat restriktiva. Legitimationens huvudfunktion är att vara en garanti för en viss kunskapsnivå och för sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denne är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende. Dessutom skall legitimationen fylla ett väsentligt informationsbehov, som en sorts "varudeklaration", gentemot allmänheten, myndigheterna och sjukvårdshuvudmännen. Legitimation bör också förbehållas grupper, som har en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården. Slutligen kan krävas att gruppen byggt upp ett förtroende samt vunnit ett visst mått av kliniskt och vetenskapligt erkännande. På flera av dessa punkter skiljer sig naprapaternas förutsättningar från vad kommittén hade att beakta beträffande kiropraktorerna.

Ett avgörande skäl bakom kommitténs förslag om legitimation för Doctors of Chiropractic var behovet av "varudeklaration" om kompetensen, eftersom vi i Sverige har många som är verksamma som kiropraktorer utan att ha ordentlig utbildning. Inom naprapatgruppen är det dock mycket ovanligt – om det ens förekommer – att det döljer sig personer som inte gått igenom Naprapathic School. Utbildningen i sig ger i detta fall tillräcklig information om kompetensen, varför legitimationen egentligen bara skulle bli en bekräftelse på samma sak.

Kommittén vill här framhålla, att legitimationsfrågan måste avgöras på sakliga grunder och inte efter någon sorts rättviseresonemang. Eftersom den typen av argument ändå ofta återkommer i debatten, måste kommittén också påpeka att naprapaterna utgör en betydligt yngre grupp än Doctors of Chiropractic, som ju funnits i Sverige sedan början av 1900-talet. Internationellt sett är dessutom naprapaterna en nästan okänd grupp och har följaktligen inte heller kommit i fråga för legitimation i något annat land.

Mot denna bakgrund anser alternativmedicinkommittén att det för

närvarande inte föreligger förutsättningar för legitimation av naprapater.

Då emellertid naprapaterna har en lång utbildning och deras kunskaper och kompetens är allmänt vitsordade vill kommittén, i likhet med riksdagens socialutskott, förorda att regeringen prövar frågan om deras legitimation när naprapaterna kan uppvisa studier som konfirmerar effekten av deras metoder.

4.5 Övriga grupper

Kommittén har prövat huruvida ytterligare några grupper av alternativa behandlare borde komma i fråga för legitimation, exempelvis akupunktörer eller osteopater. Osteopatin har exempelvis samhällserkännande i stora delar av den engelsktalande världen. I Sverige är antalet osteopater ringa (ca 20 st) och de flesta har ännu ej internationell utbildning.

Mot bakgrund av de kriterier som är redovisade i 4.2 har dock kommittén inte funnit att det för närvarande föreligger några skäl för legitimation av någon alternativmedicinsk yrkesgrupp utöver Doctors of Chiropractic. Det är, emellertid, enligt kommitténs uppfattning viktigt att den framtida utvecklingen följs noga för att regering och riksdag skall kunna besluta om en förändring om skäl härför föreligger. Att bevaka denna fråga ankommer i första hand på socialstyrelsen.

inverkan på den svenska arbetsmarknaden. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande.

4.2 Övriga grupper

Kommittén har genomfört en omfattande undersökning av den svenska arbetsmarknaden. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande.

Med bakgrund av de kunskaper som har samlats in under denna undersökning, har kommittén utarbetat ett antal förslag till åtgärder som kan bidra till att stärka den svenska arbetsmarknaden. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande.

Enligt kommitténs förslag, bör den svenska arbetsmarknaden stärkas genom att utveckla kompetens och utbildning. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande.

Följande åtgärder bör vidtas för att stärka den svenska arbetsmarknaden: Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande.

Om alla dessa åtgärder vidtas, kan den svenska arbetsmarknaden stärkas och bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande. Detta innebär att den svenska arbetsmarknaden kommer att bli mer konkurrensutsatt och kompetenskrävande.

5 Hälsohem

Sammanfattning

I detta kapitel behandlas frågor kring hälsohem. Avsnittet är i huvudsak baserat på en rapport från en expertgrupp tillsatt av alternativmedicinkommittén. Kommittén föreslår – mot bakgrund av ett omfattande undersökningsmaterial, redovisat i rapporten och refererat i detta kapitel – att hälsohem indelas i två huvudgrupper. Den ena gruppen med huvudsaklig inriktning mot hälsofrämjande och förebyggande aktiviteter berörs endast marginellt av denna utredning. Den andra gruppen består av hälsohem som erbjuder medicinsk behandling och sjukvård. Kommittén föreslår att denna senare grupp benämns hälsovårdhem. Kommittén uttalar sig för att sjukvårdshuvudmännen bekostar vistelse vid hälsovårdhem för patienter med vissa angivna sjukdomar och med iakttagande av sociala och humanitära aspekter. Kommittén finner det vidare angeläget att samarbetet kring patienterna ökar mellan hälsovårdhemmen och hälso- och sjukvården. De patienter som erhåller stöd från landstingen bör omfattas av en behandlingsplan med krav på uppföljningsinsatser för stöd och värdering av verksamheten. Kommittén fastslår vidare, att ett stort behov av forskningsinsatser föreligger inom området och föreslår att Forskningsrådsnämnden, FRN, får ansvaret att samordna sådan forskning. Denna fråga utvecklas närmare i kapitel 7.

För samordning av hälsohemsfrågor på central nivå föreslår kommittén att socialstyrelsen, inom ramen för sitt myndighetsansvar, inrättar ett särskilt organ med företrädare för berörda myndigheter, hälsohemsrörelsen m.fl. Slutligen diskuterar kommittén förutsättningarna för tillämpning av alternativa behandlingsmetoder vid hälsovårdhemmen.

5.1 Inledning

Enligt kommittédirektiven bör den förebyggande verksamheten inom den alternativa medicinen uppmärksammas. Hit hör bl.a. den verksamhet som hälsohemmen bedriver. Mot denna bakgrund uppdrog kommittén åt en särskild expertgrupp i början av år 1986 att närmare utreda och föreslå åtgärder beträffande hälsohemmens plats inom hälso- och sjukvården. Expertgruppen har bearbetat ett omfattande material och framlägger samtidigt en rapport (SOU 1989:61) på vilken detta kapitel i huvudsak bygger.

I avsnitt 2 görs en sammanfattning av huvudpunkterna i expertgruppens rapport och i avsnitt 3 redovisas socialstyrelsens utredning från 1987 om hälsohemsverksamhet. Den alternativa medicinens omfattning och tillämpning inom hälsohemmen diskuteras i avsnitt 4. Denna fråga berörs mycket perifert i expertrapporten. Kapitlet avslutas med kommitténs överväganden och förslag

som till stora delar överensstämmer med de förslag expertgruppen presenterar i sin rapport.

5.2 Sammanfattning av expertgruppens rapport

"Hälsohem är en institution som i sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande syfte, och i vissa fall även för behandling och rehabilitering, bedriver verksamhet med framförallt vegetarisk kost, fasta, motion, spänningsreducerande aktiviteter och utbildning/information i livsstilsfrågor."

Under beteckningen hälsohem ryms i dag mycket skiftande institutioner som har det gemensamt att de serverar vegetarisk kost och i allmänhet bedriver fasteverksamhet. Ideologiskt bygger de flesta hälsohem på idéer som lanserades i Sverige av Are Waerland på 1930-talet. Ett hälsohem kan vara en ur hälso- och sjukvårdssynpunkt välutrustad anläggning med kvalificerad personaluppsättning som ger en rad olika behandlingsformer och har kapacitet för kanske 100-talet patienter/gäster. Ett hälsohem kan också vara ett gästhem med vegetarisk inriktning för 10–15 personer som drivs i familjereg och som förutom ett vegetariskt bord även kan erbjuda stöd vid fasta.

I landet finns ett femtiotal institutioner som ryms inom definitionen för hälsohem och som kallar sig hälsohem eller något liknande. Av dessa är år 1989 19 auktoriserade av Hälsohemmens riksförbund. Auktorisationen innebär att vissa krav i fråga om behandling, personalsammansättning, inriktning, fortlöpande utbildning m.m. skall vara uppfyllda.

5.2.1 Behandlingsverksamheten

Inom medicinska kretsar i Sverige råder delade meningar om värdet av hälsohemsbehandling. En förändring i synsättet på hälsohemmen har dock i viss mån inträtt på senare år bl.a. beroende på att flera landsting har startat egna hälsohem/hälso centra.

Enighet tycks råda om att ett förändrat levnadssätt i den riktning hälsohemmen förespråkar på lång sikt förebygger hjärt- och kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes, astma m.m. Som särskilt viktiga områden för hälsohemmen framhålls konvalescentvård och den informations- och utbildningsverksamhet om kost, motion och andra livsföringsfrågor som nära nog samtliga hälsohem bedriver. Hälsohemmens friskvårdande verksamhet med motion, vegetarisk kost, fysikaliska terapier och stressreducerande aktiviteter ligger väl i linje med vetenskapens nuvarande ståndpunkt, även om inte alla inslag i hälsohemmens verksamhet är bekräftade genom vetenskapliga undersökningar.

På grundval av expertrapporter och vetenskapliga undersökningar har expertgruppen lämnat synpunkter på hälsohemsbehandling vid följande sjukdomar: Fetma, högt blodtryck, blodfettshöjning, diabetes, astma och allergi, rörelseorganens sjukdomar – framför allt ledgångsreumatism – hudsjukdomar, kroniska urinvägsinfektioner samt mag- och tarmsjukdomar. Från hälsohemsrörelsen redovisas också behandlingserfarenheter.

Genomförda studier vid bl.a. svenska hälsohem/hälso centra visar på initiala effekter av fasta och/eller kostförändring m.m. vid bl.a. fetma, högt blodtryck och förhöjda blodfetter. Resultaten pekar dock på en återgång till ursprungs-

vårderna eller däromkring efter något eller några år sedan patienten lämnat hälsohemmet. Denna effekt förklaras av att människor efter hemkomsten av sociala eller andra skäl ofta har svårt att leva på det sätt som förespråkas vid hälsohemmen. Efterfrågan på vård vid hälsohemmen är trots detta tämligen omfattande och patienterna upplever ofta att de har fått stor hjälp av denna vårdform.

5.2.2 Hälsovårdhem

De hälsohem som erbjuder sjukvård, och som således antingen har landsting eller primärkommun som huvudman eller är privata och har tillstånd att driva verksamheten som enskilt vårdhem, kallas i det följande *hälsovårdhem* i enlighet med expertgruppens förslag. Då många hälsohem idag erbjuder medicinsk behandling av sjuka utan att ha tillstånd att driva verksamheten som enskilt vårdhem eller att ha tillgång till medicinsk personal understryker expertgruppen vårdhemsstadgans krav att alla institutioner som ger medicinsk vård och behandling har skyldighet att ansöka om tillstånd att bedriva sådan verksamhet.

5.2.3 Patientens motivation bör vara den primära förutsättningen för hälsohemsbehandling

Hälsohemmen i Sverige bör, enligt expertgruppen, ses som ett resurstillskott till hälso- och sjukvården. Hälsohemmens kompetens bör således bättre än hittills tas till vara både när det gäller ospecifika allmänt hälsofrämjande metoder och specifik sjukdomsbehandling. Vid bedömningen av vilka patienter som skall remitteras till hälsovårdhem måste dock anläggas ett brett synsätt där inte enbart medicinska faktorer bör vara utslagsgivande. Medicinska ställningstaganden skall utgöra själva grunden för vårdbeslutet och i dessa frågor kan de redovisade indikationerna respektive kontraindikationerna för hälsohemsbehandling tjäna som vägledning. Patientens motivation att ändra sin livsföring, eventuella tidigare positiva erfarenheter av samma sorts behandling, behovet att få även tillfällig lindring eller av att avlasta anhöriga m.fl. bör vägas in i bedömningarna.

Vägledande vid remittering till hälsovårdhem bör vara att patienten själv är väl införstådd med behandlingens inriktning och önskar att seriöst, även på längre sikt, pröva de livsstilsförändringar som rekommenderas.

5.2.4 Personal vid hälsovårdhem

De bestämmelser om personal som fastställts i vårdhemsstadgan och av socialstyrelsen täcker väl de krav och behov som bör sättas i samband med behandling vid hälsovårdhem. Härutöver bör dock hälsovårdhem ha tillgång till minst en halvtidsanställd läkare beroende på hemmets storlek och vårdbehovet hos patienterna. Det är önskvärt att vårdhemsläkaren skall kunna handleda personalen vid hälsovårdhemmet. Det är också viktigt att de

ansvariga inom hälsovårdshemmen och deras organisationer uppmuntrar till nära kontakt med kollegor inom hälso- och sjukvården.

5.2.5 Landstingsremisser

Landstingen bör finansiera vård på hälsovårdshem om vissa förutsättningar när det gäller indikationer respektive kontraindikationer är uppfyllda.

Det är angeläget att både den remitterande läkaren och landstingets uttagningsfunktion i sin bedömning väger in även psykosociala faktorer såsom motivation, behov av nedvarvning och rekreation, "semester från sjukdom", avlastning för anhöriga etc. När det gäller patienter som fått avslag på sin ansökan att komma till hälsohem kan det i vissa fall vara lämpligt att koppla in exempelvis kurator eller psykolog om det föreligger någon oklarhet. Det är också viktigt att patienterna informeras om vilka möjligheter de har att få till stånd en överprövning av fattade beslut, exempelvis hos förtroendenämnden.

Patienterna måste i större utsträckning än vad som är fallet idag få hjälp och stöd när de har kommit hem igen. Detta kan ske genom att hälso- och sjukvården, i realiteten den behandlande läkaren, får ett ansvar för patienter som återkommer efter landstingsfinansierad hälsovårdshemsvistelse. Snarast efter hemkomsten bör således patienten få tid för återbesök hos behandlande läkare för att tillsammans med denne komma överens om någon form av uppföljningsplan. Detta återbesök kan även ha ett annat syfte nämligen att värdera behandlingsresultatet vid hälsovårdshemmet. En fungerande uppföljningsverksamhet förutsätter också nära kontakt med de aktuella hälsovårdshemmen och även viss fortbildning av berörd personal i de terapier och de tänkesätt som förekommer vid hälsohemmen. Den personal som har kontakt med hälsovårdshem bör därför företa studiebesök vid sådana hem.

Det finns ett behov av klarare anvisningar när det gäller hälsovårdshemmens verksamhet och expertgruppen föreslår att socialstyrelsen får i uppdrag att göra sådana tillägg och förändringar i stadgan om enskilda vårdhem respektive föreskrifter och allmänna råd för tillämpningen av stadgan som kan anses motiverat.

5.2.6 Forskning, utveckling, utvärdering

Det förekommer i dag viss forskning inom hälsohemmen och behovet av ytterligare forskningsinsatser bedöms vara stort bl.a. för att landstingen skall kunna få ytterligare vägledning vid remittering av patienter. Studier rörande sambandet mellan hälsohemsterapier och vissa sjukdomar bör därför prioriteras liksom studier med beteendevetenskaplig inriktning för att utröna mekanismerna vid påverkan och återfall. Medicinska och beteendevetenskapliga institutioner bör stimuleras att intressera sig för denna verksamhet. Det är angeläget att den forskning som görs får en tvärvetenskaplig karaktär. Expertgruppen föreslår att Forskningsrådsnämnden, FRN, får uppdraget att ansvara för initiativ och samordning på detta område.

5.2.7 Ekonomi, ersättningsfrågor

Möjligheterna för patienter att i dag få ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudman för vistelse på hälsöhem är förhållandevis goda men uttagningsprinciperna skiljer sig från landsting till landsting. Rehabiliteringsberedningens förslag att sjukpenning skall kunna utgå även för viss förebyggande behandling, bl.a. på hälsöhem tillstyrks.

5.2.8 Kontroll och tillsyn

Kontroll- och tillsynsverksamheten visavis hälsovårdshemmen bör ha en konstruktiv och framåtblickande innebörd som kan innefatta erfarenhetsförmedling och idéutveckling i avsikt att förbättra och utveckla verksamheten.

Expertgruppen föreslår, i likhet med socialstyrelsens hälsohemsutredning, att det inom ramen för socialstyrelsens myndighetsutövning inrättas ett samordningsorgan för hälsohemsfrågor. I detta organ föreslås ingå representanter för berörda myndigheter och intresseorganisationer samt fristående experter.

Följande faktorer bör uppmärksammas vid länsstyrelsens årliga inspektionsverksamhet av hälsovårdshemmen: 1) Tillgång till laboratorieresurser bör finnas minst motsvarande de som finns vid vårdcentral, alternativt att hälsovårdshemmet har etablerat ett nära samarbete med externt laboratorium, 2) Samverkan med övrig hälso- och sjukvård inom landstinget framför allt på primärvårdsnivå bör eftersträvas och 3) Lokalerna bör så långt det är möjligt vara handikappanpassade.

5.3 Socialstyrelsens hälsohemsutredning

Socialstyrelsen tillsatte år 1978 en arbetsgrupp för att utvärdera verksamheten vid hälsöhem. År 1979 genomfördes en enkät till hälsöhemmen och deras gäster och styrelsen lät också ett antal vetenskapliga experter utarbeta promemorior rörande behandling och behandlingsresultat vid vissa sjukdomstillstånd. Expertrapporterna har redovisats i Läkartidningen nr 52/1981. År 1987 presenterade socialstyrelsen sin rapport Hälsöhem i Sverige (PM 169/87). Socialstyrelsen har i sin utredning avstått från att lägga fram direkta förslag med hänvisning till alternativmedicinkommitténs arbete. Man har i stället på basis av sin enkätundersökning, egna studiebesök och experternas utlåtanden diskuterat hälsohemmens plats inom hälso- och sjukvårdssystemet och även dragit vissa slutsatser.

Socialstyrelsen anser att delar av hälsohemsverksamheten kan fungera som delresurs inom den offentliga hälso- och sjukvården både när det gäller behandling och förebyggande insatser. Man anser således att flera av hälsöhemmen kan utgöra ett komplement snarare än ett alternativ till hälso- och sjukvården. När det gäller behandlingsresultaten anser man dock att några direkta bekräftelser på att objektiva förbättringar generellt erhålls inte kan utläsas i utredningen. Däremot har man erfart att patienter gärna återkommer till en ny hälsohemsperiod. Man anser heller inte att utredningen ger svar på frågan om hälsöhemmen ger den mest effektiva hjälpen åt dem

som är i störst behov av förebyggande åtgärder, aktivering och rehabilitering. Socialstyrelsen anser att utredningsmaterialet dock ger flera uppslag till fortsatt arbete som kan vara av värde att beakta:

- * Några av experterna föreslår att man inrättar ett forum för hithörande frågor med socialstyrelsen som koordinator. Klart är att det behövs kontinuitet i arbetet med hälsohems- och alternativmedicinska frågor. Såväl överväganden av vårdpolitisk art som bedömning av säkerhets- och tillsynsfrågor samt effektivitetsanalyser måste göras.
- * Uttalanden från flera landsting och enskilda personer tyder på att det finns behov av en "varudeklaration" såväl av anläggningar som av deras utbud. I ett sådant arbete skulle ingå att klassificera utbudet och strama upp begreppen så att det blir begripligt och entydigt vad som avses med "aktivering", "konvalescent", "rekreation", "rehabilitering" osv.
- * Till de vårdpolitiska frågor som behöver penetreras hör för- och nackdelar med att lägga vissa av de rehabiliterande åtgärderna på anläggningar av typ hälsohem.
- * En grupp av hälsohemmens gäster/patienter verkar ha psykosomatiska besvär. De flesta hem saknar tillgång till psykologisk eller psykiatrisk kompetens. Detta bör uppmärksammas.
- * Utredningen ger inte svar på frågan om de s.k. livsstilsförändrande insatserna har bestående effekt när de sätts in i en främmande miljö. Det vore av värde att följa upp de studier som görs bl.a. vid Vindeln.

Avslutningsvis anförs i utredningen, att det finns anledning att uppmuntra en ökad samverkan mellan hälsorörelsen och hälso- och sjukvården. Å ena sidan sägs det att man skall undvika att medikalisera hälsorörelsen, å andra sidan har rörelsen sannolikt vinster att göra med vetenskaplig förankrad teoretisk grund. Hälso- och sjukvården bör därför finna vägar att använda hälsorörelsen på ett mera genomtänkt medvetet och effektivt sätt än vad som sker i dag.

5.4 Alternativa terapier vid hälsohemmen

De alternativa terapierna vid hälsohemmen har till och från varit föremål för uppmärksamhet. Med alternativ terapi menas i detta sammanhang annan terapi än de som hälsohemmen genomgående använder, dvs. dieterapi, fasta och badterapi.

De senaste årens utveckling, bl.a. tillkomsten av landstingsägda hälsohem och en ökande benägenhet hos landstingen att bekosta hälsohemsbehandling för vissa patientkategorier, har medfört att vegetarisk diet, fasta, badbehandling, spänningsreglerande tekniker, kiropraktisk och motsvarande behandling, vissa naturmedel m.m. blivit väl accepterade som komplement till konventionell sjukdomsbehandling. Detta innebär inte att all behandling vid hälsohemmen accepteras. Landstingen betonar, tvärtom, ofta att betalningsåtagandet för en patient inte innefattar behandling med s.k. alternativa

terapier typ magnetterapi, fotzonerapi, homeopati etc. Om patienten önskar sådan behandling får han/hon bekosta den själv.

Alternativa terapier förekommer således vid de flesta hälsohem. Omfattningen varierar från enbart naturmedel/örtmediciner till en betydligt mera omfattande verksamhet som bedrivs antingen vid själva hemmet eller i dess nära anslutning av fristående terapeuter. Traditionellt hör viss alternativ behandling klart samman med hälsohemsbehandling men under senare år har vid vissa hem antalet alternativa terapiformer ökat, vilket motsvarar utvecklingen i samhället i övrigt.

När det gäller enskilda vårdhem anför socialstyrelsen i sina föreskrifter och allmänna råd om tillämpningen av stadgan om enskilda vårdhem m.m. (SOSFS 1985:16) "att tillstånd att driva enskilt vårdhem innefattar ett godkännande av sådan behandlingsmetod som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet". Enligt socialstyrelsens bestämmelser är det således inte tillåtet att vid de enskilda vårdhemmen meddela behandling med s.k. alternativa terapier. Hälsohem som inte är godkända som enskilda vårdhem faller under kvacksalverilagens bestämmelser.

I kapitel 2 diskuteras förutsättningarna för alternativ behandling inom hälso- och sjukvården. Det konstateras att rättsläget är oklart då det finns få prejudicerande rättsfall. Mot bakgrund av ansvarsnämndens ställningstaganden under senare år pekas ändå ut några vägledande principer:

- alternativbehandlingen får inte vara ett förstahandsval utan måste föregås av och/eller ges parallellt med konventionell terapi.
- den alternativa metoden skall inte ha kända skadeverkningar

I kommitténs överväganden konstateras att tillsynslagen och andra föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen inte kan tolkas som något generellt förbud att använda alternativmedicinska metoder. De restriktioner som gäller syftar till att tillförsäkra patienterna säkerhet i vård och behandling och hälso- och sjukvården har här ett särskilt ansvar som garant för medicinsk kompetens.

5.5 Överväganden och förslag

Gruppen hälsohem rymmer inom sig institutioner som förfogar över goda medicinska och tekniska resurser men även hem för ett fåtal patienter/gäster som drivs under ganska enkla förhållanden. Vissa hälsohem har en högt utbildad behandlarstab, andra hem förfogar inte över någon formell kompetens i medicinskt avseende. Vid en del hem bedrivs en strikt kontrollerad medicinsk verksamhet medan andra återigen främst tillämpar alternativa behandlingsformer. En grupp är inriktad mot behandling och vård, en annan erbjuder främst friskvård. Hälsohemsverksamhet är idag följaktligen inte ett entydigt begrepp. Detta är ett problem för de sjukvårdshuvudmän som önskar tillmötesgå patienters önskemål om behandling på hälsohem.

Med anledning härav *föreslår* kommittén att de hälsohem som bedriver vård och behandling, och i och med detta har skyldighet att ansöka om tillstånd hos länsstyrelsen att driva verksamheten som enskilt vårdhem, skall benämnas *hälsovårdhem*. Ett hälsovårdhem är således en institution som arbetar efter

de principer för förebyggande och hälsofrämjande verksamhet som är kännetecknande för hälsohemmen och som dessutom erbjuder medicinsk behandling och sjukvård vanligtvis enligt principer för biologisk medicin.

För att officiellt fastslå denna förändring föreslår kommittén att begreppet hälsovårdhem förs in i enskilda vårdhemsstadgan och i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd vad avser stadgan.

I likhet med expertgruppen anser kommittén att hälsovårdhem bör ha tillgång till minst en halvtidsanställd läkare, som förutom sina medicinska uppgifter även skall kunna handleda personalen.

Det är en fördel om den personal som rekryteras också har en konventionell vårdutbildning och erfarenhet inom hälso- och sjukvården samt att en nära kontakt upprätthålls mellan personalen vid hälsovårdhemmen och deras kollegor inom hälso- och sjukvården. En sådan kontakt bör omfattas av all kompetent personal inom hälsovårdhemmen, således även de som sysslar med dietfrågor, motion/fysiologi, psykologi, upplysning/utbildning etc., personalkategorier vilka bedöms fylla viktiga funktioner inom hälsovårdhemmen.

Expertgruppen har lagt ner ett omfattande arbete på att gå igenom tillgängliga vetenskapliga data om hälsohemsbehandling, t.ex. den vegetariska dietens roll vid vissa sjukdomar. Den vetenskapliga dokumentationen inom detta område är förhållandevis begränsad men ett antal vetenskapliga studier gjorda i Sverige och utomlands stöder hälsohemsbehandling vid vissa indikationer.

Kommittén uttalar sig för att sjukvårdshuvudmännen bekostar vistelse vid hälsovårdhem i fall där godtagen medicinsk indikation föreligger. Sociala och humanitära aspekter liksom patientens motivation för kost- och livsstilsförändring bör tillmätas vikt vid uttagningen.

Kommittén vill också understryka vikten av att patienter som remitteras till hälsovårdhem placeras in i en behandlingsplan som omfattar såväl tiden före vårdhemsbehandlingen som tiden efter. Patienter som återvänder från ett hälsovårdhem bör ges allt tänkbart stöd för att bättre kunna klara de påfrestningar som kan uppstå vid återkomsten till den gamla miljön. En hälsohemsvistelse kan aldrig bli effektiv om inte lärdomarna kan omsättas i vardagslivet.

Alternativmedicinkommittén konstaterar att det finns behov av forskningsinsatser vad avser hälsohemmen både inom det medicinska och beteendevetenskapliga fältet.

Kommittén föreslår att Forskningsrådsnämnden får i uppdrag att samordna forskningen inom detta område och hänvisar i övrigt till kapitel 7.

Enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för tillämpningen av stadgan om enskilda vårdhem m.m. (SOSFS 1985:16) skall föreståndaren för enskilda vårdhem vara legitimerad sjuksköterska och vårdhemsläkaren legitimerad läkare med sådan utbildning och erfarenhet som krävs för att kunna svara för sjukvården vid hemmet. I förhållande till övriga enskilda vårdhem intar hälsovårdhemmen en särställning så till vida att dessa tillämpar behandlingsmetoder som inte är allmänt förekommande inom hälso- och sjukvården. I vissa fall kan här uppstå en konflikt. De regler och bestämmelser för behandling som gäller för hälso- och sjukvård är tillämpliga också för

hälsöårdhemmen. Förutsättningarna för behandling med alternativ terapi inom hälso- och sjukvården behandlas i kapitel 2.

Sammantaget

I denna rapport
den utvärdering
En viktig del
den utvärdering
Kommittén
möjliggör
produktionen
att utvärdera
godkänd
avslutade
Kommittén
förutsättning
allmänheten
den utvärdering
som regel

6.1

6.1.1

Beträffande
i utvärdering
närheten
för att
dock inte
Med
ordning
eller till
sjukvård
särskilt
vid behov
område
deltagare
enligt
inlämnat
djur
vård
av styrelsen
korrekturen

1923
1923
1923

6 Naturmedel m.m.

Sammanfattning

I detta kapitel behandlas några grupper av läkemedel som särskilt används inom den alternativa medicinen. Naturmedel för injektion behandlas dock inte här. En bakgrund till medlens särställning tecknas. Det nuvarande sortimentet och den nuvarande användningen beskrivs. Kontrollen av medlen redovisas. Kommittén drar i kapitlet slutsatsen, att konsumenterna bör ges förbättrade möjligheter att bilda sig en uppfattning om användningssätt och kvaliteten på produkterna. Detta kan enligt kommitténs mening uppnås om tillverkarna åläggs att vid anmälan till socialstyrelsen ange medlens användningsområde bland vissa godkända användningsområden. Marknadsföringen får därefter inte avse andra användningsområden.

Kommittén föreslår också, att naturmedel som innehåller alkohol under vissa förutsättningar får säljas utan hinder av den generella reglering som gäller för alkoholhaltiga produkter. De antroposofiska medlen föreslås bli undantagna från den vanliga läkemedelskontrollen men få säljas endast efter ordination av läkare som registrerats hos socialstyrelsen.

6.1 Naturmedel i allmänhet

6.1.1 Inledning

Beteckningen naturmedel återfinns inte i någon författningstext men däremot i förarbetena till läkemedelsförordningen (1962:701). Denna beteckning är numera allmänt godtagen och det finns därför knappast någon anledning att försöka hitta någon annan beteckning för dessa produkter. Inledningsvis skall dock begreppet naturmedel beskrivas något närmare.

Med läkemedel förstås – enkelt uttryckt – enligt 1 § 1 mom. läkemedelsförordningen bruksfärdiga beredningar som är avsedda att tillföras människor eller djur för att förebygga, påvisa, lindra eller bota sjukdom eller symtom på sjukdom. Naturmedlen är enligt denna definition läkemedel. I vardagliga sammanhang avses med naturmedel vanligen medel från naturen som används vid behandling av sjukdomar. När det gäller den rättsliga regleringen på området är det dock nödvändigt med en mer precis bestämning. Naturmedlen definieras därför i 1 § 3 mom. 2 läkemedelsförordningen som medel som enligt betryggande erfarenhet vid normalt bruk ej medför hälsorisker för människa eller djur och i vilka den verksamma beståndsdel är en växt- eller djurdel, ett mineral eller en i naturen förekommande bakteriekultur, salt eller saltlösning. Naturmedlen får sedan de anmälts till socialstyrelsen och prövats av styrelsen säljas fritt och är undantagna från den vanliga läkemedelskontrollen. Särreglerna för naturmedlen innebär sålunda en inskränkning i

förordningens tillämpningsområde. Det bör dock observeras, att enligt ingressen till tredje momentet har socialstyrelsen möjlighet att i särskilt fall bestämma att förordningens bestämmelser skall omfatta även medel som skulle kunna falla under den nämnda undantagsbestämmelsen.

Naturmedel för injektion har reglerats särskilt. I tredje momentet tredje stycket i förordningen finns därför en hänvisning till den särskilda lagen (1980:50) med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion.

I detta kapitel ges fortsättningsvis i avsnitt 6.1.2 en bakgrundsbeskrivning av naturmedlen. Således görs en jämförelse mellan naturmedel och andra läkemedel och lämnas vissa uppgifter om naturmedlens egenskaper. Därefter redovisas läget i naturmedelsfrågan i början av 1970-talet, sammanfattas bl.a. naturläkemedelsutredningens förslag samt ges en överblick över vissa utländska förhållanden. Avsnitt 6.1.3 innehåller en beskrivning av det nuvarande sortimentet och den nuvarande användningen av naturmedel. Den gällande kontrollen av naturmedel redovisas i avsnitt 6.1.4. De önskemål om förändringar i kontrollen av naturmedel som har framförts till kommittén presenteras i avsnitt 6.1.5. Avsnittet om naturmedel avslutas med kommitténs överväganden och förslag i avsnitt 6.1.6.

I avsnitt 6.2 behandlas naturmedel som innehåller alkohol och i 6.3 antroposofiska medel.

6.1.2 Bakgrund

Naturmedel och andra läkemedel

Det är som nämnts väsentligt att framhålla, att naturmedlen är läkemedel men att de undantagits från läkemedelsförordningens tillämpningsområde. Naturmedlens undantagssituation medför emellertid problem, när det gäller att diskutera naturmedlen i förhållande till andra läkemedel. Bland den stora gruppen läkemedel kan nämligen urskiljas olika undergrupper, såsom s.k. fria läkemedel och homeopatika. De i många avseenden viktigaste läkemedlen, och på vilka läkemedelskontrollen i huvudsak är inriktad, är dock de farmaceutiska specialiteterna. Trots att begreppet läkemedel sålunda rymmer många slag av produkter, är det dock vanligt att i diskussionen om naturmedel skilja på å ena sidan naturmedel och å andra sidan läkemedel. Detta är dock inte särskilt praktiskt.

Naturmedlens ställning måste ses främst mot bakgrund av den reglering som gäller för de farmaceutiska specialiteterna. En farmaceutisk specialitet skall för att få säljas i princip vara registrerad av socialstyrelsen. Registrering kan bara ske om specialiteten uppfyller vissa krav. Den innebär därför i realiteten ett godkännande av specialiteten. Beteckningen godkännande beskriver också bättre innebörden av förfarandet. 1983-års läkemedelsutredning har för övrigt föreslagit, att förfarandet i framtiden skall betecknas som godkännande (se SOU 1987:20). Eftersom de farmaceutiska specialiteterna måste vara godkända för att få säljas bör de kunna betecknas som godkända läkemedel. I det följande används sålunda beteckningarna naturmedel och godkända läkemedel.

Naturmedlen har definitionsmässigt sitt ursprung i olika naturprodukter. Många av dessa medel utgörs av enkla beredningar av droger, dvs. konser-

verade delar av medicinalväxter. Själva filosofin bakom behandlingen med naturmedel är också att de ursprungsprodukter som används vid framställningen skall bearbetas så litet som möjligt. Det betyder, att naturmedlen ofta inte består av en ren framställd verksamt substans eller flera verksamma substanser utan av hela ursprungsprodukten.

Det är inte på samma sätt allmänt känt, att även många godkända läkemedel är framställda ur naturprodukter. Först i slutet av 1800-talet kunde läkemedel tillverkas efter en kemisk syntetisering av den verksamma substansen.

Naturmedlens egenskaper

Det är inte en ovanlig uppfattning, att olika produkter som härrör från naturen generellt sett är ofarliga. Detta är emellertid endast delvis sant. Många ämnen och föreningar i naturen är ytterst giftiga för den mänskliga organismen. Mot denna bakgrund är det motiverat, att det endast är tillåtet att sälja sådana produkter som naturmedel som enligt betryggande erfarenhet är oskadliga.

Det brukar diskuteras om naturmedel har någon effekt. Å ena sidan brukar det framhållas, att om naturmedlen har effekt, så innebär det att de även kan ha biverkningar. Å andra sidan pekas det från andra håll just på frånvaron av biverkningar i förening med positiv effekt som den stora fördelen med naturmedlen. Det bör dock i detta sammanhang observeras, att det inte är något krav att ett naturmedel skall vara fritt från biverkningar för att undantas från den vanliga läkemedelskontrollen; det krävs enbart att det inte medför hälsorisker. Det är uppenbart att naturmedel kan ha positiv, reell effekt. Detta framgår redan av den beprövade erfarenhet som finns hos såväl hälso- och sjukvårdspersonal som konsumenter i allmänhet.

Förhållandena i början av 1970-talet

I allt större utsträckning hade det på 1970-talet börjat ifrågasättas, om inte den enskilde borde ges rätt att välja de medicinska metoder och framför allt de läkemedel som han hade det största förtroendet för. Det hänvisades då till, att det i andra länder i Europa på ett helt annat sätt än i vårt land godtogs flera medicinska skolor och riktningar vid sidan av och som komplement till den konventionella medicinen. Som exempel anfördes, att s.k. örterterapi där i stor omfattning användes integrerad i den vanliga medicinen. Kritik riktades särskilt mot att socialstyrelsen inte visade någon öppenhet mot dem som ville använda sådana alternativa metoder. I debatten framhölls det också, att alla goda medel borde utnyttjas i hälso- och sjukvården. Det framhölls dessutom, att det borde vara en uppenbar demokratisk rättighet att kunna anskaffa och använda sådana på långvarig erfarenhet baserade, ofarliga läkemedel som har en dokumenterad förmåga att kunna läka och bota. Det ökade intresset för alternativa metoder och medel avspeglades också i debatten i riksdagen. Ett resultat av detta blev socialstyrelsens naturläkemedelsutredning.

Naturläkemedelsutredningen

Socialstyrelsen tillkallade sålunda i november 1973 en arbetsgrupp för att utreda förutsättningarna för användningen av naturläkemedel vid sjukdomsbehandling.

Utredningen förslög år 1975 i den del som här är av intresse, att från läkemedelsförordningens tillämpningsområde omedelbart skulle undantas naturprodukter, homeopatiska och antroposofiska medel som inte innehåller något ämne med känd skadlighet vid användningen på människa eller djur, med undantag för preparat som var avsedda att tillföras kroppen genom injektion. Utredningen kallar dessa medel naturmedel. Naturmedlen skulle vara underkastade marknadsföringslagens bestämmelser. Naturmedlen skulle också anmälas till socialstyrelsen. Några förhandsprövningar skulle dock inte ske. Ansvar för att medlen var oskadliga borde helt åvila fabrikanterna. Det ansågs givet, att de homeopatiska och antroposofiska medlen skulle komma att ingå i gruppen naturmedel.

Det förslag som regeringen senare lade fram för riksdagen (prop. 1976/77:134) byggde i huvudsak på utredningens förslag. Avgränsningen av produktområdet gjordes dock något annorlunda än vad utredningen funnit lämpligt.

Utländska förhållanden

Kommittén ger endast en kortfattad redovisning av förhållandena i några av de nordiska länderna.

I *Danmark* finns grundläggande bestämmelser i lagen om läkemedel. Inrikesministern har utnyttjat bemyndigandet i lagen att undanta vissa varor i en författning om vissa homeopatika och om naturmedel. Naturmedel behöver inte granskas av någon tillsynsmyndighet och kan säljas helt fritt. Marknadsföringen av naturmedel, som förhandsgranskas, skall dock vara saklig och nykter och får inte innehålla något som direkt eller indirekt ger intryck av att medlet har medicinsk effekt.

Läget är sålunda det, att producenten eller importören inte behöver lämna in någon dokumentation om medlets effekt eller oskadlighet. Eftersom preparaten varken granskas eller registreras får detta till följd, att man inte har någon säker uppfattning om hur många eller vilka preparat som säljs på marknaden.

I *Finland* finns bestämmelser om antroposofiska och homeopatiska medel och vissa andra naturpreparat. Bestämmelserna innebär undantag från kraven för godkända läkemedel. Även dessa har utformats på ett sätt som nära ansluter sig till förhållandena i Sverige. I Finland delas naturprodukter in i två kategorier, dels medel som innehåller ämnen som anges i apoteksvaruförteckningen, dels inte innehåller något av dessa ämnen. För den första kategorin krävs Medicinalstyrelsens tillstånd till försäljning, medan den andra gruppen får säljas fritt. Om tillverkaren vill ange medicinskt användningsområde till ett fritt sålt naturpreparat måste anmälan göras hos Näringsstyrelsen. Preparatet antecknas i Näringsstyrelsens register, om det är ofarligt och användningsändamålet godtagbart.

I *Norge* finns inte några särbestämmelser för naturmedel. All försäljning av

sådana varor som inte entydigt hänförs till livsmedel skall därför ske genom apotek. Undantag finns dock för stora grupper homeopatiska och antroposofiska medel.

6.1.3 De nuvarande sortimentet och den nuvarande användningen

Sortiment

Vid slutet av 1988 fanns drygt 600 produkter som anmälts till socialstyrelsen och som undantagits från läkemedelsförordningens tillämpningsområde.

Den följande tablan med urval av undantagna medel ger en bild av det nuvarande sortimentet (de första i alfabetisk ordning).

| Produkt och beredningsform | Tillverkare | Uppgivet användningsområde |
|------------------------------|-------------------------------------|---|
| Acidophilus Plus, pulver | Naturprodukter AB | Lindrig och tillfällig diarré. Tillfällig förstoppning. Tillfälliga matsmältningsbesvär. Uppkördhet. För normalisering av tarmfloran vid antibiotikabehandling. |
| ACO-Fibertabletter | ACO Läkemedel AB | Tillfällig förstoppning. Komplettering av fiberfattig kost. |
| Actoglandin, kapslar | Utraco AB | Menstruationsbesvär. Sänkning av måttligt förhöjda blodfetter efter läkarkonsultation. |
| Adaptogen Formel 1 tabletter | Svenska Örtmedicinska Institutet AB | Milt uppiggande. Medel som allmänt ökar prestationsförmågan. |
| Adaptogen Formel 2, mixtur | Svenska Örtmedicinska Institutet AB | Milt uppiggande. Medel som allmänt ökar prestationsförmågan. |
| After Bite lösning | Lenors AB | Lokalbehandling av okomplicerade insektsbett. Lindrar sveda och klåda. |
| After nine mixtur | Svenska Örtmedicinska Institutet AB | Milt rogivande medel. |

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---|
| Aging Control Formula tabletter | Institutet för Gerontologi | Milt 223, uppiggande medel. Medel som allmänt ökar presta- tionsförmågan. |
| Alf Spångbergs Hälsogröt, granulat | Naturprodukter AB | Vid tillfällig förstopp- ning. |
| Alkavital | Svenska Bioteket AB | Tillfälliga matsmält- ningsbesvär. Tillskott av mineraler och spår- element. |
| Allhumint | Hälsoprodukter AB | Lättare migrän. Tillfällig huvudvärk. |
| Amazon life | Mikael Verhein Hälsokostimport | Milt uppiggande. Ökar Ökar allmänt prestations- förmågan. |
| Amigrän | Cernelle AB | Lättare migrän. |

Användningen

Naturmedel är huvudsakligen avsedda för egenvård. Detta inskränker väsentligt medlens användningsområde.

Följande förteckning över godtagbara användningsområden avser konsumentverket att fastställa under hösten 1989 i riktlinjer för marknadsföring av naturmedel. Riktlinjerna ersätter de gällande riktlinjerna.

Andningsvägarna

- Tillfällig hosta (slemlösande)
- Tillfällig rethosta (hostdämpande)
- Lindring av symtom (i näsa och svalg) vid förkylning
- Lindrig hösnuva
- Tillfällig heshet
- Tillfällig nästäppa
- Tillfällig irritation i övre luftvägarna

Hjärta – kärl

Nervöst hjärta (när läkare konstaterat att inget organiskt fel föreligger)
Medel för sänkning av måttligt förhöjda blodfetter efter läkarkonsultation. I första hand bör kostomläggning prövas. (Kräver att effekten är väl dokumenterad och att oskadligheten är bevisad även vid långvarig eller upprepad användning.)

Magsäck – tarm

- Halsbränna
- Sur mage

Tillfälligt trög mage
Lindrig och tillfällig diarré
Tillfälliga matspjälkningsbesvär; uppkördhet
Väderspänning (gasbildning)
Tillfälligt nedsatt aptit
Lindriga yttre hemorrojder som inte blöder
Tillfällig analklåda
Kortvarig och lindrig magkatarr
Profylax mot vanlig okomplicerad turistdiarré

Infektioner

Lindrig fotsvamp. Högst två veckors behandling utan läkarkontakt. Skall ej används på barn under 10 år. (Tilläggsinformation skall bipackas produkten samt finnas i utförligare information, t.ex. broschyrer.)

Nutrition

Tillskott av vitaminer och mineralämnen när kosten tillfällig är bristfällig
Anm: Dosen skall vara adekvat i förhållande till dagsbehovet och alla ämnen skall ingå i samma proportion i kombinationspreparat. Vitamin A och D *samt* folsyra (och selen) bör märkas "Dagsdosen bör ej överskridas"
Fettsyror för att höja andelen fleromättat fett i kosten
Medel som allmänt ökar prestationsförmågan
Allmänt stärkande vid tillfällen när kosten är bristfällig eller otillräcklig
Hjälpmiddel vid bantning (viktminskningskur, fibrer, lågkaloriprodukter)
Komplement vid benskörhet

Endokrinologi

Lätt förhöjda blodsockervärden vid enbart kostbehandlad åldersdiabetes.
(Gäller endast fiberprodukter).

Psykiatri

Lindrig oro
Tillfällig lättare trötthet
Tillfälliga insomningsbesvär
Tillfälliga lindriga spänningstillstånd av känd orsak

Neurologi

Rörelsesjuka (åksjuka)
Tillfällig lindrig yrsel

Smärta

Tillfällig huvudvärk
Tillfällig muskelvärk

Tillfällig tandvärk**Menstruationssmärtor****Enstaka lindriga migränanfall**

Anfallsförebyggande vid täta migränanfall (mer än två per månad) Får ej användas utan uppehåll. (Effekten av medlet och frånvaron av skadlighet skall vara väl dokumenterad även vid långvarig och upprepad användning.)

Muskelspänningar (utvärtes)**Rörelseapparaten**

Lindring av besvär vid förslitning i rörelseapparaten

Tillfälliga muskelsmärtor**Tillfälliga ledbesvär utan svullnad****Lättare tillfälliga ryggbesvär****Gynekologi, urologi****Premenstruellt syndrom (PMS)**

Störningar i slidans fysiologiska miljö med lätt ökad flytning utan smärta, lätt klåda, högst en veckas behandling utan läkarkontakt.

Lindriga klimakteriebesvär utan blödningsrubbnings

Milt vattendrivande i samband med PMS och fasta

Öron, Näsa, Hals**Vaxpropp****Torrhet i munnen****Ögon****Nedsatt mörkerseende****Lättare tillfällig ögonirritation****Hud****Tillfällig, lindrig lokal klåda****Vårter****Små ej infekterade sår****Förhårdnader, sprickor****Lindrig akne och kvisslor****Lindriga sol-, bränn- och kylskador****Mjäll**

Lokalbehandling av okomplicerade insektsbett

Lättare atopiska eksem. Högst en veckas behandling utan läkarkontakt

Lindrigt munsår

Lindrig psoriasis som konstaterats av läkare

6.1.4 Den gällande kontrollen

Kontrollen hos socialstyrelsen

Ett naturmedel skall för att bli undantaget från läkemedelsförordningens tillämpningsområde och få säljas fritt anmälas till socialstyrelsen och granskas av styrelsen. Anmälan skall göras av tillverkare, importör eller den som först saluför medlet (anmälaren förutsatt i det följande vara tillverkaren]. Närmare föreskrifter om anmälan och styrelsens prövning finns i kungörelsen (SOSFS 1977:101) om anmälan av naturmedel enligt 1 § 3 mom första stycket 2 läkemedelsförordningen. Socialstyrelsens granskning omfattar kravet på ursprung samt riskbedömning med hänsyn till vad som uppgivits om dosering och användning.

För att täcka kostnaden för den statliga kontrollen av naturmedel skall avgifter betalas (se SFS 1989:590). För tiden den 1 juli 1989 – den 30 juni 1990 utgår anmälningsavgift med 3 700 kronor och årlig avgift med 2 000 kronor för varje medel.

Sedan tillverkaren anmält sin produkt till socialstyrelsen får han en bekräftelse att anmälan inkommit. Han får samtidigt besked om att anmälningsplikten fullgjorts och att varan är undantagen från läkemedelsförordningens tillämpningsområde, om han inte får annat besked inom två månader. Det förekommer emellertid ofta, att styrelsen anser sig behöva ytterligare uppgifter från tillverkaren, innan den prövning som ankommer på styrelsen kan göras. I dessa fall utmynnar styrelsens prövning därefter i ett beslut med innehåll att medlet är eller inte är undantaget från förordningens tillämpningsområde. Ett beslut som innebär att medlet inte är undantaget kan överklagas hos regeringen. Hittills har regeringen fastställt de beslut som överklagats.

Det finns inte några krav på kvaliteten för tillverkning av naturmedel. Detta är en följd av att naturmedel undantagits från de bestämmelser som gäller godkända läkemedel. Detta medför också, att t.ex. krav på god tillverkningssed inte kan ställas. I kraven på god tillverkningssed ingår att lokaler samt den inredning och utrustning som används vid tillverkningen skall uppfylla vissa minimikrav. Dessa krav innebär också, att personalen inom alla led i tillverkningen skall vara utbildad samt att god hygien skall upprätthållas. Dessutom innebär kraven, att det skall finnas en garanti för att rutinerna är säkra inom alla led i tillverkningen. Vidare krävs goda resurser för kontroll och analys av den produkt som tillverkas samt fullgoda metoder vid tillverkningen. Det bör dock nämnas, att Hälsokostbranschens leverantörsförening har infört tillverkningsregler som liknar dem som gäller vid tillverkning av godkända läkemedel.

När det gäller införsel och utförsel gäller inte heller några särskilda bestämmelser för naturmedel. Det förutsätts sålunda endast, att medlet uppfyller villkoren för att undantas från läkemedelsförordningens bestämmelser. Ett medel som inte uppfyller dessa villkor faller under förordningens tillämpningsområde och därav följer att införsel endast kan ske enligt de bestämmelser som gäller för godkända läkemedel.

Naturmedlen faller in under bestämmelserna i marknadsföringslagen (1975:1418]. Tillsynsmyndighet enligt denna lag är konsumentverket. Om ett

naturmedel är avsett att förtäras av människor är dessutom livsmedelslagen (1971:511) tillämplig. Statens livsmedelsverk utövar tillsynen enligt livsmedelslagen.

Regleringen av partihandel och detaljhandel i läkemedelsförordningen gäller inte för naturmedlen. Detta medför att naturmedel kan säljas fritt i dessa led. Ett naturmedel kan därför säljas såväl på apotek som i annan handel. Bestämmelserna i livsmedelslagen kan emellertid medföra inskränkningar i möjligheten att bedriva detaljhandel med naturmedel.

Det saknas bestämmelser om förordnande och utlämnande av naturmedel. Detta är i själva verket närmast självklart med tanke på naturmedlens ställning enligt läkemedelsförordningen. Inte heller när det gäller förvaring, transport och oskadliggörande finns några föreskrifter om naturmedel.

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet enligt läkemedelsförordningen. Genom att naturmedlen har undantagits från läkemedelsförordningens tillämpningsområde faller dessa medel utanför styrelsens tillsyn. Inte heller i övrigt finns några föreskrifter om tillsyn utöver vad bestämmelserna i marknadsföringslagen och livsmedelslagen innebär.

De bestämmelser om ansvar, förverkande och beslag som gäller för godkända läkemedel har ingen motsvarighet när det gäller naturmedel.

Läkemedelsförordningen innehåller vissa bestämmelser om överklagande. Socialstyrelsen kan emellertid när det gäller naturmedel endast fatta beslut enligt 1 § 3 mom. läkemedelsförordningen. Detta har till innebörd, att förordningen skall tillämpas på naturmedel. Ett sådant beslut kan enligt 28 § läkemedelskungörelsen överklagas hos regeringen. För sådan talan förutsätts emellertid att det föreligger besvärsmått.

Kontrollen hos konsumentverket

Det är självfallet angeläget, att marknadsföringen av naturmedel sker på ett vederhäftigt och i övrigt ansvarsfullt sätt. De allmänna bestämmelserna i marknadsföringslagen (1975:1418) om näringsidkares marknadsföring av varor m.m. gäller därför även för marknadsföring av naturmedel.

Lagen innehåller i 2 § en generalklausul med förbud mot otillbörlig marknadsföring. Bestämmelsen gör det möjligt att ingripa mot alla slag av otillbörliga reklam- och marknadsföringsåtgärder. I motiven till lagen framhöll den föredragande departementschefen (prop 1970:57 s 69), att det finns anledning att ställa speciellt höga krav på hederlighet och vederhäftighet i fråga om vissa slag av framställningar. Det gäller bl.a. sådan marknadsföring som riktar sig till grupper, vilka kan antas vara mindre kritiska än konsumenterna i allmänhet, exempelvis barn eller sjuka personer. I fråga om andra varor än sådana som faller under läkemedelsförordningens tillämpningsområde framhöll departementschefen, att man borde ställa mycket stora krav på vederhäftigheten hos en medicinsk argumentation för sådana varor, eftersom argumentationen ofta torde ha en övertygande kraft. Det var därför angeläget, att KO ägnade reklam av detta slag särskilt intresse.

Vad som är otillbörlig marknadsföring får utläsas av marknadsdomstolens praxis. Den som marknadsför naturmedel kan emellertid också hämta viss vägledning för hur en god marknadsföring skall utformas i konsumentverkets

riktlinjer för marknadsföring av naturmedel (KOVFS 1977:8). Riktlinjerna är under omarbetning och de nya riktlinjerna beräknas kunna antas under hösten 1989.

Av riktlinjerna framgår i huvudsak följande.

Varje tillverkare, förpackare, importör eller annan näringsidkare som marknadsför naturmedel ansvarar för att marknadsföringen följer riktlinjerna. Ansvar åvilar även anställd hos marknadsförare och andra som handlar på marknadsförarens vägnar samt andra som handlar på näringsidkarens vägnar.

Vid marknadsföringen av naturmedel får varken genom text eller bild eller muntligen uppges eller antydast att medlet är verksamt mot sjukdom eller symtom på sjukdom som kräver läkarkontakt för diagnos eller behandling eller att medlet kan eller bör användas vid sådant tillstånd. Vägledande uppgifter om godtagbara och icke godtagbara användningsområden anges i en bilaga.

Marknadsföring av naturmedel bör inte innebära att medlet rekommenderas till barn under åtta år, såvida det inte föreligger bevisning om särskild lämplighet för barn. De som ansvarar för marknadsföring av naturmedel skall vara beredda att omedelbart kunna styrka alla sakuppgifter om medlet, t.ex. sammansättning, användningsområde och att medlet har uppgiven effekt. Principiellt uttalas vidare i fråga om bevisningen, att det är tillräckligt med beprövad erfarenhet för medel vars effekt är allmänt vedertagna. För andra traditionella medel kan vederhäftiga uppgifter i erkända handböcker godtas, om den kliniska effekten har värderats. I de fall medlens medicinska effekter inte är kända eller är ifrågasatta, krävs flera av varandra oberoende vederhäftiga kliniska undersökningar.

De krav som sålunda uppställts på naturmedel medför, att det primärt måste vara frågan om ett medel som lämpar sig för egenvård. Om det är ett egenvårdspreparat måste den påstådda effekten kunna visas.

För märkning av naturmedel som är avsedda att förtäras av människa gäller 14 § livsmedelslagen (1971:511). Information skall lämnas på svenska språket. I fråga om innehållsdeklaration gäller eller medges vissa undantag från denna regel.

Information om naturmedel genom annonsering, affischering, trycksaksreklam, filmreklam, butiksnära åtgärder eller annat informationsmedel, med undantag av märkning, skall innehålla tydlig uppgift om produktnamn, tillverkarens eller importörens namn och adress samt om förhållandet att medlet inte har genomgått den kontroll som föreskrivs för läkemedel. Den sista uppgiften skall vara tryckt med särskilt lättläst stilsort och vara placerad så att texten lätt uppmärksammas. Om indikation anges skall det även lämnas uppgift om eventuella biverkningar samt om förhållanden som gör att behandling med medlet är skadlig eller olämplig, t.ex. uppgift om att medlet är skadligt eller olämpligt för speciella grupper, såsom små barn, gravida kvinnor, allergiker, personer med nedsatt njur- eller leverfunktion etc. I vissa fall krävs även uppgift om beredningsform, eventuell styrka samt innehållsdeklaration, användningssätt och dosering, förekommande förpackningsstorlekar, begränsad hållbarhet samt andra uppgifter av betydelse för medlets användning och förvaring.

6.1.5 Önskemål om en förändrad kontroll

Konsumentverket anser, att den nuvarande situationen med marknadsföring av naturmedel inte är tillfredsställande. Vid anmälan av naturmedel till socialstyrelsen krävs inte någon dokumentation av medlens effekt. När tillverkaren därefter marknadsför produkterna fordras däremot att en eventuell påstådd effekt kan dokumenteras. Detta innebär i och för sig inte några svårigheter, så länge det är fråga om de traditionella naturmedlen. Tanken bakom undantaget i läkemedelsförordningen var att det skulle vara fråga om naturmedel som hänförde sig till gammal folktradition. Saken ställer sig emellertid helt annorlunda numera. Många av naturmedlen utgör beredningar av naturprodukter eller kommer från områden med helt andra traditioner.

Dessa förhållanden har skapat många problem. *Konsumentverket* anser därför, att alla naturmedel skall registreras på ett visst användningsområde eller på vissa användningsområden (indikationer). Marknadsföringen skall därefter kopplas till de angivna indikationerna. Detta innebär, att marknadsföringen inte skulle få avse annan användning än de indikationer som registreringen avser. För att erhålla en tillräcklig följsamhet till dessa nya regler krävs att överträdelse kan beivras straffrättsligt. En fördel med sådana nya regler är enligt *konsumentverket*, att såväl myndigheten som tillverkarna får gränserna klarare angivna och att rättssäkerheten med andra ord ökar.

Från *socialstyrelsen* har kommittén under hand fått följande synpunkter.

Sedan undantaget för naturmedel infördes för ett decennium sedan i läkemedelsförordningen, har utvecklingen kommit att bli något annorlunda än vad man då räknade med. Försäljningen av naturmedel har ökat mycket kraftigt och därmed användningen av dessa medel. Till skillnad från vad som ibland hävdats är tillverkarna av godkända läkemedel numera också verksamma på naturmedelsområdet. Även en annan skillnad är framträdande. I enstaka fall är det nämligen så, att läkemedel som inte uppfyller kraven enligt läkemedelsförordningen i stället tillhandahålls allmänheten som naturmedel. Mot bakgrund av de senaste årens utveckling vore det sålunda naturligt, om kraven på naturmedel i vissa avseenden skärptes. Detta kan göras på olika sätt. Med hänsyn till användarna av naturmedel borde vissa krav ställas när det gäller säkerhet, kvalitetskontroll, effekt och marknadsföring.

Hälsokostbranschens leverantörsförening medger, att marknadsföringen under tidigare år inte helt följt de riktlinjer *konsumentverket* beslutat om. Branschen har därför på egen hand inrättat en bedömningsnämnd som offentliggör sina bedömningar. Nämnden har till uppgift att pröva om marknadsföringen av naturmedel och vissa andra produkter på hälsoområdet överensstämmer med god branschsed enligt branschens egna regler och gällande lagstiftning. Nämnden inledde sin verksamhet i september år 1987. Hittills har 60 ärenden prövats. Av dessa har i 18 fall ärenden avskrivits eller friande beslut meddelats. De som fälls i nämnden kan under vissa omständigheter åläggas vite. Detta faktureras i sådant fall tillverkaren. Nämnden kan också anmäla tillverkaren till *konsumentverket*, vilket skett i 14 fall. Den sanerande effekt som nämndens verksamhet inneburit har medfört att vissa ärenden hos *konsumentverket* har kunnat avskrivas.

Nämnden är fristående från leverantörföreningen. I nämnden ingår tre jurister och vissa andra sakkunniga.

Problemen med marknadsföringen av naturmedel hänför sig främst till påståenden om medicinska effekter inom användningsområden som inte finns upptagna på konsumentverkets lista. Branschen anser det vara självklart, att registrering av naturmedel skall ske på en viss eller vissa indikationer. När det gäller beviskraven på effekten vid marknadsföringen bör dessa kunna anpassas med hänsyn till vilken produkt det är fråga om. För enkla egenvårdsmedel bör inte mer krävas, än att det föreligger beprövad erfarenhet om medlets effekt. När det däremot gäller produkter som marknadsförs med inriktning på vissa svårare sjukdomstillstånd, måste effektstudier krävas. Sådan effektdokumentation kan dock inte ha samma omfattning och inriktning som den som krävs för godkända läkemedel.

Det kan ifrågasättas om marknadsföringen för vissa indikationer skall få ske innan en bedömning av dokumentationen om effekten gjorts. Denna bedömning bör ankomma antingen på branschen själv eller på någon myndighet.

6.1.6 Överväganden och förslag

Kommittén har till uppgift att utreda olika frågor som rör den alternativa medicinens ställning i vårt samhälle. Även om naturmedlen inte särskilt utpekats i kommitténs direktiv, är det inte någon tvekan om att kommittén bör ta upp dessa medel till prövning vid sidan av andra alternativa metoder.

Såsom framgår av framställningen tidigare i detta kapitel, utgör naturmedlen varor, där den verksamma beståndsdelen är en växt- eller djurdel, ett mineral eller i naturen förekommande bakteriekultur, salt eller saltlösning. Kännetecknande för de tillåtna naturmedlen är vidare, att de, enligt vad som framgår av betryggande erfarenhet, vid normalt bruk – dvs. avsedd dosering och användning – bedöms inte medföra hälsorisker för människor eller djur. Naturmedlen utgör visserligen läkemedel enligt den gällande definitionen i läkemedelsförordningen, men de är undantagna från förordningens tillämpningsområde och får därför säljas fritt.

Bakom beslutet att undantaga naturmedlen från den ordinära läkemedelskontrollen låg uppfattningen, att medel som för många människor framstår som värdefulla bör tillhandahållas, om det kan ske utan hälsorisker. Den enskilde skall med andra ord själv få avgöra vilka medel han vill använda i egenvården.

Inställningen från det allmännas sida i fråga om användningen av naturmedel kan likväl sägas ha varit mindre konsekvent. Naturmedel får sålunda säljas så snart de anmälts till socialstyrelsen och granskningen lett till bedömningen att någon hälsorisk inte föreligger. Någon positiv effekt av medlen eller lämpligt användningsområde behöver däremot inte vara visad. För att medlen skall bli tillgängliga för en vidare krets av användare, måste medlen emellertid marknadsföras. Vid marknadsföringen har tillverkaren m.fl. att följa de gällande reglerna på detta område. I motiven till det lagförslag, där naturmedlen undantogs från läkemedelsförordningens tillämpningsområde, uttalade visserligen det föredragande statsrådet, att naturmedlen får

marknadsföras med den medicinska argumentering som kan anses sakligt berättigad. I konsumentverkets riktlinjer har, i enlighet med vad som gäller generellt vid marknadsföring av varor och tjänster, ställts stora krav på att en medicinsk argumentering skall vara vederhäftig. Det betyder, att om det i marknadsföringen påstås att ett naturmedel har en hälsofrämjande effekt, skall den som marknadsför medlet i efterhand kunna visa att påståendet är riktigt. Kravet på dokumentation blir emellertid beroende på vilka egenskaper hos medlet eller användningsområden som uppges.

Skillnaderna mellan den offentliga kontrollen av naturmedel och av läkemedel som genomgår den sedvanliga läkemedelskontrollen är visserligen betydande men som visats här ändå inte så betydande, som undantagsbestämelsen i läkemedelsförordningen kan ge intryck av. Den praktiska tillämpningen av de redovisade formella förutsättningarna leder emellertid å andra sidan till, att den bild som naturmedelsområdet uppvisar är något annorlunda än vad den borde vara och var de första åren efter det att naturmedlen undantogs från den sedvanliga kontrollen. Detta beror enligt kommitténs uppfattning till viss del på en bristande respekt för de regler som gäller för marknadsföringen. Detta är dock inte hela förklaringen.

När naturmedlen undantogs från läkemedelsförordningens tillämpningsområde, var det egentligen en till stora delar annorlunda sammansatt grupp av medel som man hade i tankarna. Dessa medel utgjordes av traditionella medel i egenvården, åtskilliga med förankring i inhemsk folktradition. Detta förhållande var en förutsättning för att någon betryggande erfarenhet skulle kunna föreligga och att socialstyrelsens granskning i huvudsak ansågs kunna fullgöras genom en översiktlig prövning av frågan om de lämnade uppgifterna var vederhäftiga.

Under senare år har dessa förutsättningar förändrats. De naturmedel, som man hade i sikte när de nuvarande reglerna arbetades fram i början av 1970-talet, har numera minskat i betydelse på marknaden. Däremot har en rad nya medel tillkommit som antingen utgör mer avancerade beredningar av de ursprungliga naturmedlen eller i vissa fall medel som saknar förankring i inhemsk folktradition. Numera finns medel avsedda att användas under längre tid för att förebygga ohälsa, medan medlen tidigare huvudsakligen var inriktade på tillfälliga åkommor. Marknadsföringen har därigenom även kommit att riktas till friska människor.

Denna utveckling – som i vart fall stått i strid med de ursprungliga intentionerna bakom undantagsregeln i läkemedelsförordningen – borde kanske ha kunnat motverkas med en striktare tillämpning av de gällande bestämmelserna. Många olösta gränsdragningsproblem har emellertid förelegat i det praktiska arbetet med prövningen av anmälningarna, vilket försvårat för socialstyrelsen att ingripa.

När nu kommittén gör en övergripande värdering av de alternativa metoderna, är det ofrånkomligt att de nya inslagen i naturmedelsortimentet tas upp till prövning. I sin bedömning har kommittén då att beakta – enligt vad som framgår av direktiven – att den enskilde så långt det är möjligt får frihet att själv välja de behandlingsmetoder som finns tillgängliga. Samtidigt måste sådana krav ställas, att den enskildes säkerhet kan garanteras. Till detta kommer enligt kommitténs mening, att de allmänna principerna för

konsumentskyddet måste tas med i bedömningen. Dessa utgångspunkter leder till, att likartade krav bör ställas på naturmedel som på andra produkter som erbjuds allmänheten.

Några särskilda uttalanden om sådana krav – utöver att de inte fick medföra hälsorisker – gjordes inte i förarbetena till den lagstiftning, där naturmedlen undantogs från den sedvanliga läkemedelskontrollen. Samtidigt torde det lika fullt ha varit meningen, att dessa medel skulle uppfylla de krav som rimligen kan ställas på varje vara av detta slag och som konsumenten har anledning att förvänta sig. Häri måste inbegripas, att råvarorna har garanterat ursprung och är tillräckligt rena, att tillverkningen sker på ett betryggande sätt och att det färdiga preparatet har rimlig teknisk kvalitet. Produktionskontrollen måste med andra ord vara tillfredsställande. Sist men inte minst måste förutsättas att preparaten i har angiven effekt, när de används på det sätt som tillverkaren angivit, och att detta kan visas på begäran .

Frågan är emellertid om dessa krav uppfylls för närvarande. Denna fråga är emellertid knappast möjlig att besvara, i och med att någon kontroll jämförbar med den som gäller för läkemedel som faller under läkemedelsförordningens tillämpningsområde inte förekommer. Detta gäller generellt för alla naturmedel. Dilemmat är, att en adekvat kontroll i den nämnda avseendena inte kan genomföras utan naturmedlens undantagsställning i stor utsträckning upphävs. En sådan kontroll skulle sålunda strida mot andra värden som kommittén har att ta hänsyn till. I själva konstruktionen av naturmedelsbegreppet ligger dessutom som redan framgått en betydande dualism inbyggd. Eftersom kommittén inte anser det önskvärt att den konstruktionen förändras, begränsas möjligheterna till mer ingripande åtgärder. Kommittén har i sina diskussioner därför kommit fram till, att de förbättringar som sålunda är nödvändiga och möjliga måste genomföras genom insatser från såväl tillverkarna själva som genom en viss förstärkning av den offentliga kontrollen.

Eftersom en offentlig produktionskontroll svårligen kan förenas med de nuvarande särreglerna för naturmedel, blir det sålunda en uppgift för tillverkaren att se till att god produktionskontroll upprätthålls och att undermåliga produkter inte släpps ut på marknaden. Vad som gäller i fråga om god tillverkningssed för godkända läkemedel bör därvid vara vägledande. En sådan intern kontroll har nyligen påbörjats.

Hälsokostbranschens leverantörsförening inrättade år 1987 en bedömningsnämnd med uppgift att ingripa när medlemmar och andra företag marknadsför bl.a. naturmedel i strid mot god branschsed. Det är visserligen för tidigt att ännu dra några säkra slutsatser av de erfarenheter som hittills vunnits av denna verksamhet. Mycket tyder dock redan på, att många av överdrifterna i marknadsföringen försvunnit genom nämndens åtgärder.

Enligt kommitténs mening är det som nämnts dock inte tillräckligt med den självsanering av marknadsföringen som redan inletts. Om de ursprungliga intentionerna bakom åtgärden att undanta naturmedlen från den ordinära kontrollen av läkemedel skall förverkligas även med ett förändrat sortiment, behövs ett något annorlunda offentligt regelsystem. Detta bör ha till mål att förbättra användarnas information om produkterna genom att medlens uppgivna användningsområde begränsas. Det måste på detta liksom på andra områden vara ett rimligt krav, att den som tillverkar en vara klart kan ange

vad varan skall användas till. Visserligen skall tillverkaren redan i sin anmälan till socialstyrelsen ange användningsområde. Denna uppgift granskas dock inte självständigt, utan den används endast som underlag för bedömningen om medlet medför hälsorisker. Kommittén föreslår därför, att tillverkaren vid anmälan av medlet till socialstyrelsen skall ange medlets användningsområde (indikationsområde) bland sådana indikationer som socialstyrelsen godkänt för egenvård. För detta ändamål måste socialstyrelsen fastställa en lista över indikationer som är godtagbara. Kommittén förutsätter, att de indikationer som konsumentverket angivit i sina riktlinjer för marknadsföringen (se avsnitt 6.1.3) då bör tjäna som vägledning. Det är också viktigt, att socialstyrelsen – innan listan fastställs – har samråd med övriga berörda myndigheter och låter branschorganisationerna framföra sina synpunkter. Marknadsföringen får sedan avse endast den eller de indikationer som uppgivits i anmälan. I likhet med vad som f.n. gäller är det dock inte meningen att socialstyrelsen skall göra någon ingående prövning av de uppgivna indikationerna.

Om indikationerna åberopas i marknadsföringen måste liksom hittills medlets effekt kunna styrkas. Kraven på bevisning måste likväl vara realistiska. Det torde i det praktiska arbetet innebära, att tillverkaren på en viss nivå skall göra sannolikt att den påstådda effekten föreligger. När beviskraven ställs måste hela tiden beaktas, att användarna även i framtiden skall kunna få tillgång till ett rimligt sortiment av naturmedel.

Kommitténs förslag innebär, att naturmedel efter anmälan liksom hittills kan undantas från läkemedelsförordningens tillämpningsområde. Det innebär dock inte, att produkterna godkänns på det sätt som gäller för farmaceutiska specialiteter. Socialstyrelsens uppgift begränsas även i framtiden till att pröva om hälsorisker kan antas föreligga för användarna samt dessutom bedöma om medlets uppgivna användningsområde är sådant som kan godtas för naturmedel.

Kommitténs förslag har lagtekniskt utformats som ett tillägg i läkemedelsförordningen.

Om kommitténs förslag genomförs bör de myndigheter som har tillsynen över naturmedelsområdet noga följa vad som sker och vidtaga de åtgärder som kan behövas för att sund utveckling skall främjas på området. Målet måste även i framtiden vara att användarna skall få tillgång till naturmedel av god kvalitet.

6.2 Naturmedel som innehåller alkohol

På den svenska marknaden finns för närvarande ett 50-tal naturmedelsprodukter som innehåller alkohol. Produkterna tillverkas av 5-10 företag och flertalet importeras. Omsättningen uppgår årligen till uppskattningsvis två miljoner kr. Alla dessa medel tillhandahålls som lösningar och är avsedda för förtäring. De huvudsakliga indikationsområdena är förkylning och magbesvär.

Naturmedel med alkohol har lång tradition, främst i Mellanuropa, där den huvudsakliga tillverkningen av medlen sker. I Sverige har alkoholhaltiga preparat sålts sedan omkring 30 år tillbaka. Alkoholen i medlen utgör mellan 40 och 60 procent av viktinnehållet och är avsedd att få verksamma

beståndsdelar från olika växtämnen effektiva. Dessutom är alkoholen avsedd att ha en konserverande uppgift.

Tillverkarna har uppgett följande om produkterna.

En del växtämnen kräver högre och en del lägre alkoholhalt för att de verksamma beståndsdelarna skall kunna utvinnas. De flesta naturliga fytofarmaka innehåller beståndsdelar som i flytande form måste hålla en högre alkoholhalt än tio viktprocent, om de verksamma ämnena skall komma till sin rätt. Optimal utvinning av dessa ämnen kan inte ske om alkoholhalten skulle sänkas under tio viktprocent. Dessutom sker då utfällningar och produkternas verksamma beståndsdelar separeras delvis. Oskadlighet efter viss tids lagring kan då inte heller garanteras. Dessutom försämrar produkternas homogenitet.

När alkohol används i tillverkningsprocessen, krävs som regel ingen uppvärmning eller andra behandlingar som negativt kan påverka den naturliga råvaran. Någon form av utspädning är inte heller ett meningsfullt sätt att sänka alkoholhalten, därför att svåra utfällningar av ämnen i många fall då erhålls. Härigenom undandras vissa verksamma beståndsdelar den färdiga produkten.

De flesta urtinkurer tillverkas med 60 viktprocent alkohol enligt de normer som tillämpas i Tyskland. Vissa droger eller örter fordrar dock en högre eller lägre alkoholhalt. Alkoholhalten i de färdiga produkterna är dock alltid lägre än i de ursprungliga lösningarna.

Det är inte heller meningsfullt att destillera produkterna, eftersom egenskaperna förstörs vid upphettning. Om destillation utförs vid rumstemperatur under vakuum, kommer utfällning att ske i ännu högre grad, än om preparaten späds. Detta beror på, att mängden växtämnen i förhållande till mängden alkohol – som hjälper till att hålla växtämnena i lösning – blir högre om alkoholhalten avlägsnas med destillation, än om produkten enbart späds. Det är dessutom omöjligt att endast ta bort alkohol med destillation. Ämnen med lägre kokpunkt - t.ex. eteriska oljor - kommer också att avdunsta genom destillationen, vilket förändrar och försämrar produkterna.

Det är visserligen tekniskt möjligt att ersätta alkohol med något annat ämne med liknande lösningsegenskaper. Detta kommer emellertid att leda till slutprodukter med andra och försämrade egenskaper. Produkterna kommer dessutom att lukta och smaka helt annorlunda än när alkohol används. Hållbarheten blir också osäker. Det finns med andra ord inte någon godtagbar och genomförbar metod för att ersätta alkohol i växtinkturen. Möjligheten att utforma produkterna i någon annan beredningsform, t.ex. tabletter och dragéer, är inte heller tillfredsställande. Det är visserligen tillverkningstekniskt möjligt att för vissa ämnen välja andra beredningsformer. Detta skulle dock medföra en inskränkning i konsumenternas möjlighet i egenvärden. Val av andra beredningsformer innebär därtill att medlens effekt kan bli svåra att dokumentera.

Kommittén har erfårit, att allt färre farmaceutiska specialiteter numera tillhandahålls såsom flytande medel och att denna läkemedelsform anses vara i viss mån föråldrad. Metoden att lösa ut vattenolösliga ämnen med alkohol, som har använts sedan lång tid, kan också i den moderna farmakologin ersättas med andra tekniker.

Införsel och försäljning av produkter med alkohol får enligt den gällande alkohollagstiftningen endast ske under särskilt angivna förutsättningar. Alkoholhaltiga medikamenter, t.ex. hälsopreparat, får säljas först sedan de godkänts. Varorna får innehålla högst tio viktprocent alkohol. För närvarande har regeringen meddelat dispens från förbudet mot försäljning av alkoholhaltiga naturmedel med en högre halt alkohol än som nämnts. Dispensen gäller t.o.m. den 30 juni 1989.

Den författningsmässiga regleringen har följande, närmare innehåll.

Enligt 1 § andra stycket lagen (1961:181) om försäljning av teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat avses med alkoholhaltigt preparat vara som innehåller mer än 1,8 viktprocent etylalkohol och som inte är hänförlig till vissa angivna tulltaxenummer och inte heller är sådant läkemedel som omfattas av läkemedelsförordningen (1962:701). Av 4 § första och andra stycket i lagen framgår, att det krävs särskilt tillstånd från socialstyrelsen för införsel av alkoholhaltiga preparat (utom preparat som införs av resande annat än i handelsyfte eller annat än för yrkesmässig förbrukning). Försäljning

av alkoholhaltiga preparat är i princip enligt 5 § 1 mom. tillåten under samma villkor som gäller för drivande av handel i allmänhet. Särskilda bestämmelser gäller för försäljning av alkoholhaltiga läkemedel. I socialstyrelsens verkställighetsföreskrifter till lagen (se SOSFS 1977:84, ändrade genom SOSFS 1978:70) anges, att alkoholhaltiga preparat inte får säljas innan socialstyrelsen godkänt dem. För godkännande av bl.a. hälsopreparat krävs som regel att alkoholhalten är högst tio viktprocent.

De naturmedelsprodukter som innehåller alkohol är i flera avseenden speciella. De säljs för närvarande endast i små konsumentförpackningar – flaskor som innehåller 50 milliliter. Medlen är vanligen mycket illasmakande och kostnaderna för inköp av större volymer är avsevärda. Literpriset torde uppgå till omkring 1 000 kronor. Vid användningen skall ett antal droppar ur flaskorna blandas i ett glas vatten. Alkoholen i medlen blir då så utspädd, att alkoholhalten blir lägre än den som naturligt finns i ett glas fruktjuice. Begränsningar tillämpas i fråga om produkternas tillgänglighet. Varuprover delas inte ut. Märkningen på förpackningarna anger alkoholhalten i medlen.

Det kan sålunda konstateras, att tillgänglighet av produkterna i viss utsträckning är inskränkt. Som framgått av kommitténs redovisning, finns det därför liten risk för att medlen skall komma att användas i berusningssyfte. Invändningarna mot en fri försäljning är sålunda främst av principiellt slag. Mot detta får vägas intresset av att de konsumenterna som önskar använda produkterna får tillgång till dessa. Kommittén anser, att frågan bör lösas på det sättet, att medlen får säljas utan hinder av den generella reglering som gäller för alkoholhaltiga produkter. Detta kan ske om ett undantag görs för naturmedlen.

Även om kommittén sålunda bedömer risken för användning i berusningssyfte som liten, bör dock viss försiktighet iaktas vid försäljningen. Socialstyrelsen bör därför inte få godkänna ett medel för försäljning, om det inte klart framgår, att syftet med medlet är rent medicinskt. En ytterligare förutsättning måste vara, att medlets smak samt dess förpackning och pris inte kan föranleda till användning i berusningssyfte.

6.3 Antroposofiska medel

6.3.1 Inledning

Kontrollen av våra läkemedel regleras i ett förhållandevis detaljerat system av författningar. Grundläggande för hela regleringen är den definition av läkemedel som finns i 1 § läkemedelsförordningen (1962:701) och den avgränsning av förordningens tillämpningsområde som finns i samma lagrum. Definitionen har betydelse även när det gäller att bedöma och diskutera de antroposofiska läkemedlens ställning. Inledningsvis ges därför – till komplettering av framställningen i avsnitt 6.1.1 – en kortfattad översikt över vissa delar av innehållet i detta lagrum.

Den svenska läkemedelsdefinitionen utgår – i likhet med flertalet författningar i jämförbara länder – från den föregivna avsikten med en vara och inte från varans objektiva egenskaper. Centralt i definitionen är sålunda villkoret, att varan för att betraktas som läkemedel enligt förordningen skall (kortfattat uttryckt) vara avsett att förebygga, påvisa, lindra eller bota sjukdom eller sjukdomssymtom hos människor eller djur eller användas i likartat syfte. Villkoret utesluter alla varor som – utan att detta varit säljarens avsikt – kan ha t.ex. botande effekt. Det inkluderar dessutom alla varor som inte har någon visad effekt men utges för att ha sådan.

Förordningen tillämpas dock inte på alla varor som i och för sig faller in under den nämnda definitionen. Detta beror på, att vissa varor på annat sätt anses vara kontrollerade på ett tillfredsställande sätt. Det beror också på, att vissa varor anses inte kunna medföra hälsorisker av sådant slag, att det är motiverat att lägga dessa under kontrollen enligt läkemedelsförfattningarna. Hit hör bl.a. de s.k. fria läkemedlen såsom mineralvatten, sårsalvor m.fl. produkter. Av särskilt intresse i detta sammanhang är, att s.k. naturmedel och

homeopatiska medel i princip faller utanför förordningens tillämpningsområde och därmed utanför den ordinära läkemedelskontrollen.

6.3.2 Begreppet antroposofiska läkemedel

De antroposofiska läkemedlen visar i flera avseenden likheter med naturmedel. Flertalet antroposofiska läkemedel utgörs nämligen av enkla extrakt av växtde- lar, mineraler eller djurdelar, vilka har bearbetats enligt den antroposofiska farmakopén. I denna bearbetning ingår särskilda metoder som inte förekom- mer vid annan läkemedelsframställning. Produkter med växtinnehåll dominerar, men ett mindre antal kommer från djur- och mineralriket. Några medel innehåller metaller som genom bearbetning har förändrats och i denna form därför inte kan återfinnas i naturen. Exempel på beståndsdelar från djur utgör bigift, myrsyra och kalvbrosk. I endast ett medel förekommer material från människa (extrakt från placenta i utspädning). De antroposofiska läkemedlen uppvisar samtidigt släktskap med homeopatiska medel, eftersom en del av de antroposofiska medlen har genomgått en beredningsprocess likartad den homeopatiska. I den antroposofiska medicinen strävar man efter att genom forskning förbättra de produkter som finns i naturen. På initiativ av läkare utvecklas hela tiden de antroposofiska tillverkningsreglerna.

Den aktiva substansen i ett antroposofiskt läkemedel kan inte alltid definieras, utan t.ex. hela den ingående växten anses ha en samverkande effekt. Detta anses också innebära, att ett sådant läkemedel har väsentligt mindre biverkningar än om läkemedlet innehållit en viss, renframställd aktiv substans. Flertalet medel uppges helt sakna biverkningar. Ett fåtal uppges ge biverkningar, som dock oftast är av lindrigt slag. De antroposofiska medlen tillhandahålls som medel för utvärtes bruk, orala medel, stolpiller, vaginal- tabletter, ögondroppar och örondroppar.

De antroposofiska läkemedlen kan sålunda som grupp juridiskt-tekniskt varken behandlas som naturmedel eller homeopatiska medel. Detta innebär dock inte, att ett visst preparat inte kan hänföras till någon av dessa grupper av medel. I själva verket tillhör en mycket stor del av de antroposofiska läkemedlen de nämnda kategorierna. Av de medel som finns tillgängliga i Sverige utgör juridiskt-tekniskt sett fler än hälften av homeopatiska medel. De 35 mest sålda medlen tillhör dock gruppen naturmedel.

En heltäckande definition av antroposofiska medel skulle kunna ges följande innehåll.

Antroposofiska läkemedel (antroposofika) består av extrakt av naturpro- dukter, vilka genomgått en bearbetningsprocess enligt de antroposofiska tillverkningsreglerna.

Här i landet används i den antroposofiska medicinen för praktiskt bruk den principen, att till antroposofiska medel hänförs de medel som är upptagna i kataloger från tillverkarna Wala och Weleda. Dessa medel kompletteras med ett mindre antal medel från Nordiska Laboratorier och Vala Pharma.

De antroposofiska läkemedlen används huvudsakligen efter ordination av behöriga läkare. Tillverkaren anses inte ha något ansvar för behandlingsresul- tatet, utan detta ansvar faller helt på den läkare som ger behandlingen.

Läkaren skriver rekvisition på medlet, varefter patienten kan köpa det över disk eller efter beställning per post från Nordiska Laboratorier, som är den enda detaljisten här i landet. I rekvisitionen anges ändamålet med behandlingen samt dosering och behandlingstid. Ett mindre antal medel (ett tjugotal) säljs utan rekvisition som egenvårdsmedel. Medlen marknadsförs inte aktivt, varken till läkare eller konsumenter. Den årliga försäljningen av dessa medel uppgår uppskattningsvis till ett värde av 6–8 milj. kr. Mer än hälften av ordinationerna – såväl injektionsmedel som övriga medel – faller på Vidarkliniken i Järna.

6.3.3 Nuvarande möjligheter att tillhandahålla antroposofiska läkemedel

Av vad som redovisats i avsnitt 6.3.1 framgår, att vissa av de antroposofiska läkemedlen kan hänförs till homeopatiska medel och därför utan vidare säljas fritt. Andra medel skulle kunna säljas som naturmedel efter anmälan till socialstyrelsen och sedan styrelsen funnit att hälsorisker inte föreligger. Dessa undantagsmöjligheter har emellertid endast utnyttjats i enstaka fall. Det finns flera förklaringar till detta förhållande och till att verksamheten sålunda delvis torde vara olaglig.

Företrädarna för den antroposofiska medicinen har uppfattningen, att endast ett fåtal antroposofiska läkemedel är lämpade som egenvårdsmedel. En adekvat medicinering med antroposofiska läkemedel anses därför i princip helst böra grundas på ordination och förskrivning av behöriga läkare. De eventuella undantagsmöjligheter som ges enligt läkemedelsförordningen har man sålunda inte velat utnyttja. Den nuvarande lagstiftningen ger därför inte den antroposofiska medicinen möjligheter att arbeta enligt sina intentioner. Ytterligare juridisk-tekniska möjligheter till undantag som innebär att medel kan tillhandahållas fritt – dvs. inom hälsokosthandeln – bedöms följaktligen inte vara av intresse.

Förutom denna principiella invändning mot det gällande regelsystemet har det framhållits, att det finns vissa praktiska förklaringar till det nuvarande förhållandet att den antroposofiska medicinen använder läkemedel som enligt bestämmelserna i läkemedelsförordningen inte får säljas. Många av de koncentrationer eller styrkor av medlen, som skulle kunna bli godtagna som naturmedel, används bara av ett mindre antal patienter årligen. Anmälningsavgift och årsavgift är dock oberoende av användningens omfattning. Det har därför av ekonomiska skäl ansetts omöjligt att anmäla medlen enligt bestämmelserna om naturmedel. Ett annat hinder har dokumentationsfrågan utgjort, enligt vad företrädarna för den antroposofiska läkekonsten uppgivit. För vissa av medlen finns det visserligen en lång och betryggande erfarenhet om oskadligheten från andra länder, t.ex. Tyskland, men det saknas sådan dokumentation som socialstyrelsen kan förväntas kräva. Ett ytterligare problem har medel med en alkoholhalt högre än tio procent utgjort. Alkoholen används i medlen för att lösa ut verksamma ämnen eller som konserveringsmedel.

Flertalet av de antroposofiska läkemedlen tillhandahålls även i injektionsform. Vidarkliniken har begärt dispens enligt 10 § lagen (1981:50) med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion för samtliga injektionsmedel

som ingår i Walas och Weledas kataloger (se prop. 1985/86:33, SoU 1985/86:7 och rskr 99). Till att börja med har en lista med 50 preparat (totalt omfattande 249 styrkor) inlämnats. Samtliga testade medel har uppfyllt kraven på bakteriefrihet. På Vidarkliniken avser man att söka dispens för ytterligare medel enligt den ursprungliga ansökan.

6.3.4 Överväganden och förslag

Användningen av antroposofiska läkemedel sker för närvarande i strid mot gällande författningar. Detta är självfallet inte tillfredsställande. Det är emellertid inte heller tilltalande, att många människor som anser dessa medel vara av värde skall hänvisas till att erhålla medlen på ett i princip olagligt sätt eller – om de sanktionsmöjligheter som finns skulle tillämpas – avskärs från den behandling som de tror på.

Det måste först fastslås, att kommittén inte har möjlighet att ta ställning till om dessa läkemedel har någon reell effekt eller inte. Kommittén bortser därför från denna fråga i sina fortsatta överväganden.

Kommitténs ställningstagande måste följaktligen utgå från ett annat betraktelsesätt, nämligen från en riskbedömning. Det grundläggande kravet på varje läkemedel, som inte har gått igenom den sedvanliga läkemedelskontrollen, måste vara att det är oskadligt. Det kan möjligen i och för sig av principiella skäl diskuteras, om ett läkemedel skall godtas endast på den grund att det har den positiva egenskapen att det är oskadligt. Detta är emellertid redan utgångspunkten i gällande rätt i fråga om t.ex. homeopatiska medel och naturmedel. Det är väl också frågan, om inte de gällande undantagsbestämmelserna i läkemedelsförordningen i själva verket ger uttryck för en allmän princip, nämligen att alla oskadliga medel bör undantas från förordningens tillämpningsområde.

De antroposofiska läkemedlen faller i viss utsträckning in under de nämnda undantagen. Vissa av medlen kan sålunda uppenbarligen hänföras till homeopatika eller till naturmedel. Generellt sett och som grupp kan dock inte de antroposofiska läkemedlen undantas från förordningens tillämpningsområde på denna grund. I detta sammanhang är det dock intressant att notera, att 1975 års naturläkemedelsutredning (se betänkande, november 1975) föreslog att de antroposofiska läkemedlen som helhet skulle undantas från tillämpningen av den vanliga läkemedelskontrollen. Naturläkemedelsutredningen avsåg nämligen i sitt förslag att alla naturprodukter, homeopatika och antroposofiska medel som icke innehöll något ämne med känd skadlighet vid användningen på människa eller djur (naturmedel) skulle undantas.

Mot bakgrund av vad som anförts kan man fråga sig, om det är motiverat att även fortsättningsvis låta många antroposofiska läkemedel falla in under förordningens tillämpningsområde. Såvitt utredningen kunnat finna, medför inte dessa medel större risker än de som för närvarande är undantagna. Kommittén anser därför, att en generell möjlighet bör tillskapas, så att alla antroposofiska läkemedel kan tillhandahållas utan att de genomgått en reguljär läkemedelskontroll. Denna tanke är som redan framgått inte heller helt ny eller egentligen särskilt kontroversiell, så länge det är fråga om medel som används oralt eller för utvärtes bruk. För de medel som är avsedda för

injektion är det dock ofrånkomligt att särskilda regler liksom hittills måste gälla.

En möjlighet, som för närvarande tillämpas på vissa antroposofiska läkemedel som är avsedda för injektion, är att genom dispens undanta medlen, om de används inom en lokalt avgränsad verksamhet (Vidarkliniken i Järna). Denna möjlighet är smidig och låter sig lätt anpassas till förändrade omständigheter. Den nuvarande ordningen med dispens för vissa antroposofiska läkemedel är emellertid något ovanlig. Besluten fattas av regeringen och inte av en förvaltningsmyndighet. Om en vidgad möjlighet till dispens för antroposofiska läkemedel skulle införas, vore det naturligt att dispenserfrågan i sådant fall prövades av socialstyrelsen.

Mot en lösning med generella dispenser tills vidare finns emellertid vissa betänkligheter. Den nuvarande dispensgivningen är relativt okomplicerad, eftersom den som nämnts omfattar en lokalt avgränsad verksamhet. Svårigheterna skulle emellertid bli större, om dispensen avsåg användning på många håll i landet. En säkerhetslagstiftning av den typ som läkemedelsförfattningarna utgör, bör dessutom avgränsa lagens tillämpningsområde på ett generellt sett och så långt som möjligt undvika en dispensgivning från fall till fall. En dispensgivning medför också osäkerhet för dem som är beroende av sådana beslut. Kommittén förordar därför inte denna lösning.

Kommittén anser, att man bör gå vidare på den linje som i flera fall har valts under det senaste decenniet. Detta innebär, att kommittén föreslår att de antroposofiska läkemedlen undantas från regleringen i läkemedelsförordningen och i den nya läkemedelslagen. Detta kan emellertid ske på flera olika sätt. En möjlighet är, att liksom i fallen homeopatika undanta antroposofiska läkemedel som sådana och utan vidare, om de kan hänföras till en given definition. En annan lösning är den som valts för naturmedlen. Detta skulle innebära, att antroposofiska läkemedel undantogs från läkemedelslagstiftningens tillämpningsområde, om de visats ha visst ursprung och samtidigt uppfyller vissa villkor. Dessa villkor bör vara – liksom vad som gäller för naturmedel – att de enligt betryggande erfarenhet visats vara oskadliga. De angivna lösningarna är emellertid förbundna med en allvarlig brist, när det gäller kontrollen. Avgränsningen av gruppen antroposofiska läkemedel blir beroende av tillverkarens uppgifter, eftersom analysmetoder för vissa substanser är svårtillgängliga och helt saknas i fråga om den antroposofiska tillverkningsmetoden. Ett visst medel skulle följaktligen då formellt kunna härledas till den förteckning, som finns i tillverkarnas kataloger, och till förekommande monografier, men i realiteten inte kunna bestämmas.

Svårigheterna att i efterhand fastställa de antroposofiska läkemedlens egenskaper utgör sålunda ett problem i strävan att finna en författningsmässig lösning på frågan. Till skillnad från vad som gäller andra undantagna grupper av läkemedel måste därför enligt kommitténs mening ett undantag för de antroposofiska läkemedlen göras mer begränsat och knytas till den grupp läkare som använder medlen. Kommittén föreslår att frågan löses på följande sätt.

De läkare som är intresserade av att i sin verksamhet använda antroposofiska läkemedel skall anmäla detta till socialstyrelsen. Antroposofiska läkemedel får endast säljas till patienter som blivit ordinerade sådana läkemedel av

någon läkare som har gjort anmälan till socialstyrelsen. Detta löses formellt genom att styrelsen medger undantag från föreskrifterna om kontroll. Genom att medlen undantagits från den vanliga läkemedelskontrollen kommer de att kunna säljas fritt i likhet med vad som nu gäller för bl.a. naturmedel som inte är avsedda för injektion.

På samma sätt som för naturmedel bör beträffande produkterna ett enkelt anmälningsförfarande till socialstyrelsen vara tillräckligt för att medlen skall undantas. Den nuvarande utformningen av avgifterna bör dock omprövas, främst med hänsyn till att de antroposofiska läkemedlen säljs i förhållandevis små volymer.

Förslaget bör gälla alla beredningsformer av de antroposofiska medlen, sålunda även injektionspreparaten. För dessa måste dock gälla, att de skall vara bakteriefria. Detta blir en uppgift för tillverkaren att visa. Kommittén anser, att enstaka analyser (sticksprovskontroller) inte uppfyller kraven på säkerhet, utan att steriliteten bör garanteras genom en generell tillverkningskontroll.

Kommittén föreslår att de antroposofiska läkemedel som undantagits från den reguljära läkemedelskontrollen skall benämnas antroposofiska medel.

7.1 Inledning

I regeringens direktiv
ge en översikt över
pågär rörande den
strukturer på grund
dåliga erfarenheter

Kommittén har nå
inställningen vid U
forskning om de
distribuerade medlen
tyska eller franska

Resultatet - en g
- publiceras separat
alternativmedicinsk
beträffande. Ett g
och utvecklingsarb

Kommittén har e
fram förlägg om lo
alternativ medicinsk
kontakter förekom
diskussion av behö
undersökningar (se
erfarenheter av oc
alternativ medicin
Börjaget 1987), en
pilotstudie om lä
Resultaten från till

1. Die folgenden Aussagen sind wahr oder falsch? Begründen Sie Ihre Antwort.
 a) Ein Vektorraum über \mathbb{R} ist auch ein Vektorraum über \mathbb{C} .
 b) Die Nullmatrix 0 ist ein Nullvektor für die Matrixaddition.
 c) Die Nullmatrix 0 ist ein Nullvektor für die Matrixmultiplikation.
 d) Die Nullmatrix 0 ist ein Nullvektor für die Matrixpotenzierung.

2. Gegeben sei ein Vektorraum V über \mathbb{R} mit der Nullmatrix 0 .
 a) Zeigen Sie, dass 0 ein Nullvektor für die Matrixaddition ist.
 b) Zeigen Sie, dass 0 ein Nullvektor für die Matrixmultiplikation ist.
 c) Zeigen Sie, dass 0 ein Nullvektor für die Matrixpotenzierung ist.

3. Gegeben sei ein Vektorraum V über \mathbb{R} mit der Nullmatrix 0 .
 a) Zeigen Sie, dass 0 ein Nullvektor für die Matrixaddition ist.
 b) Zeigen Sie, dass 0 ein Nullvektor für die Matrixmultiplikation ist.
 c) Zeigen Sie, dass 0 ein Nullvektor für die Matrixpotenzierung ist.

4. Gegeben sei ein Vektorraum V über \mathbb{R} mit der Nullmatrix 0 .
 a) Zeigen Sie, dass 0 ein Nullvektor für die Matrixaddition ist.
 b) Zeigen Sie, dass 0 ein Nullvektor für die Matrixmultiplikation ist.
 c) Zeigen Sie, dass 0 ein Nullvektor für die Matrixpotenzierung ist.

7 Forskning, utveckling, utvärdering

Sammanfattning

I detta kapitel redovisas genomförd och pågående nationell och internationell forskning inom det alternativmedicinska fältet. Här beskrivs också problem som är förknippade med forskning inom detta område och diskuteras förutsättningar och former för alternativmedicinsk forskning.

Vidare sammanfattas de slutsatser som kan dras av genomförda forskningsinsatser beträffande vissa enskilda terapier. Kommittén föreslår forskningsinsatser inom en rad angelägna forskningsområden och ger även förslag till hur forskningsverksamheten inom det alternativmedicinska området bör organiseras i framtiden samt beräknar kostnaderna för detta.

7.1 Inledning

I regeringens direktiv till alternativmedicinkommittén sägs att kommittén bör ge en översikt över de forsknings- och utvärderingsprojekt som utförts eller pågår rörande den alternativa medicinen. Vidare bör resultat av internationella studier på området inhämtas och möjligheterna prövas att även i övrigt ta tillvara erfarenheter och rön från andra länder.

Kommittén har mot denna bakgrund gett två forskare vid socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet i uppdrag att sammanfatta och värdera den forskning inom det alternativmedicinska fältet, som är tillgänglig via datoriserade medicinska referenssystem och som är återgivna på engelska, tyska eller franska.

Resultatet – en genomgång av några av de mest förekommande terapierna – publiceras separat (Lynöe, Niels och Bygren, Lars Olov; Värdering av alternativmedicinska teknologier, SOU 1989:63) i anslutning till detta betänkande. En genomgång har även gjorts av de senaste årens forsknings- och utvecklingsarbete i Sverige.

Kommittén har enligt sina direktiv att initiera forskningsprojekt eller lägga fram förslag om forsknings- och utvecklingsarbete med anknytning till den alternativa medicinen. Under den tid som kommittén har arbetat har täta kontakter förekommit med forskare, experter och forskningsorgan för diskussion av behov, planer och faktiska projekt, m.m. Detta har lett till undersökningar i samarbete med statistiska centralbyrån, SCB, av allmänhetens erfarenheter av och attityder till alternativ medicin (Fakta och röster om alternativ medicin. En delrapport från alternativmedicinkommittén, Allmänna förlaget 1987), en separat gästundersökning vid ett hälsohem samt en pilotstudie omfattande cancerpatienter och personal vid Vidarkliniken. Resultaten från hälsohemsstudien finns redovisad i rapporten (SOU 1989:61)

om hälsohem.

En sakkunnig i kommittén har tagit initiativ till och genomfört en studie om kartläggning av olika former av skador till följd av att adekvat behandling av en patient med tidigare känd behandlingsbar sjukdom avbrutits på grund av alternativmedicinsk intervention eller att den korrekta diagnosen av en behandlingsbar sjukdom hos en patient blivit fördröjd på grund av alternativmedicinsk intervention. Studien berörs kort i avsnitt 7.7.

I detta kapitel redovisas också behovet och omfattningen av framtida forskningsinsatser samt den önskvärda strukturen på kommande forskning inom alternativmedicinen och en lämplig organisation av denna.

7.2 Motiv för forskning inom alternativ medicin

Frågor om den alternativa medicinens effekter och möjligheter ställs från olika håll – såväl från allmänheten och politiker som från personal inom hälso- och sjukvården. Vinklade påståenden där underlag saknas förs ofta fram både av anhängare till alternativmedicinen och av dess motståndare.

Kunskaper om den alternativa medicinen är nödvändiga både för att utröna eventuella skador och biverkningar och för att kunna bedöma effekter och vinster. Avsaknaden av kunskap kan leda till otillbörlig marknadsföring och osaklig kritik.

Inom alternativmedicinen finns ett intresse för forskning. Ett exempel är det år 1985 instiftade forskningsrådet för alternativ medicin. Ett annat exempel är den läkarförening för biologisk medicin som bildats med syfte att utbyta och utveckla kunskaperna inom den biologiska medicinen.

Ofta har den alternativa medicinen svårt att hävda sig i konkurrensen om forskningsresurserna. Ibland kan detta bero på att de alternativbehandlare, som skulle kunna bidra med forskningsinsatser, har bristande forskningserfarenhet och otillräcklig utbildning. Men ofta beror det också på motstånd från hälso- och sjukvården. Det kan vara svårt att finna en vetenskaplig institution som är intresserad, villig och tillräckligt insatt i de alternativmedicinska metoderna för att kunna bidra med forskningshandledning. Andra hinder för forskning inom detta område kommer att diskuteras i nästa avsnitt.

Vid en bedömning av alternativa terapier är det naturligt att ställa dessa i relation till vad den naturvetenskapliga medicinen kan erbjuda. Intresset för alternativa metoder är störst inom de områden där den konventionella medicinen har svårast att bota människor. Inom medicinska områden såsom olycksfallskirurgi finns inget större intresse för alternativmedicin eftersom sjukvården ofta når mycket goda resultat. Vissa svårt cancersjuka med dålig prognos söker sig däremot till alternativmedicinen som "det sista halmstrået".

En invändning mot alternativa metoder är ofta att det inte finns någon vetenskaplig förklaringsmodell till de upplevda effekterna. Det är därför angeläget att dels ta fram dokumentation om de medicinska effekterna av olika behandlingsmetoder och dels förklara hur dessa effekter uppstår. Akupunktur är ett sådant område, där akupunktur som smärtlindring har

erkänts när det gått att vetenskapligt förklara dess effekter enligt den etablerade medicinens uppfattning.

7.3 Varför saknas forskning om alternativa behandlingsmetoder?

Kommittén har kunnat konstatera att det finns intresse för forskning om alternativa behandlingsmetoder från såväl hälso- och sjukvårdens sida som från den alternativa medicinen. Ändå är forskningen på detta område mycket begränsad.

Det finns flera anledningar till att forskning inte förekommer i så stor utsträckning. En anledning är att det är svårt att få de alternativa behandlarna att medverka. De har ofta inte så stort intresse att söka förklaringar till de terapier, som de själva tror på. De har ofta inte heller den utbildning eller forskningserfarenhet som behövs.

De etablerade forskarnas intresse för forskning inom alternativmedicinen är också ofta begränsat. Forskarna är ofta tveksamma till att finna områden inom alternativmedicinen där de verkligen tror sig kunna hitta samband och förklaringsmodeller. De tror oftast inte själva – mot bakgrund av sin vetenskapliga utbildning och begränsade erfarenhet av alternativmedicin – att de skall nå resultat. I vissa fall kanske också forskarna, eller forskarstuderande, tvekar att välja detta område eftersom det är kontroversiellt. Det har heller inte ansetts vara meriterande att forska inom detta område.

En annan svårighet är att de gängse forskningsmetoderna inom hälso- och sjukvården inte alltid går att tillämpa inom alternativmedicinen. Många av terapierna anses inte vara forskningsbara med tillgänglig metodik. Det finns ingen forskningstradition att bygga vidare på. Kraftcentra i form av institutioner och tongivande forskare saknas. Det lilla som görs är i hög grad splittrat på olika enheter.

Det är angeläget att forskning kring alternativa medicinens nytta initieras. Som vid värdering av annan medicinsk teknologi måste forskningen även belysa eventuella skadeeffekter samt etiska, sociala och ekonomiska konsekvenser. Till skillnad från många medicinska behandlingsmetoder kan det vara svårt att i förväg specificera den "substans" eller komponent som man anser vara verksamt. Eftersom man inom alternativmedicinen snarare framhåller betydelsen av "helheten" och interaktionen mellan behandlare och patient är det i många situationer sannolikt ogörligt att söka efterlikna en experimentell undersökningssituation baserad på försöks- och kontrollgrupp och där slumpen får avgöra vem som skall ingå i respektive grupp (randomiserad population från vilken undersökningsgruppen skall rekryteras).

I analogi med ovan kan det också vara svårt att definiera de effektvariabler som skall utgöra underlag för jämförelsen mellan försöks- och kontrollgrupp, eller som i de fall kontrollgrupp inte kan rekryteras utgör mått på före-efter-jämförelser. Här finns stort behov av metodutveckling vad gäller t.ex. relevanta livskvalitets- eller välbefinnandemått. Det är också angeläget att de felkällor som uppstår till följd av selektion vid icke- kontrollerade studier uppmärksammas och värderas/ kvantifieras.

Det komplexa i behandlingssituationen vid alternativmedicinsk verksamhet gör nödvändigt att varje behandlingsmetod som skall utvärderas beskrivs när det gäller innehåll, organisation och tänkt funktion. Det är endast mot denna bakgrund och genom processinriktad utvärdering, med såväl kvalitativa som kvantitativa metoder, som någon djupare förståelse för resultaten, vare sig de är positiva eller negativa, kan nås.

Det bör slutligen framhållas att lika höga krav bör ställas på utvärderingsforskning inom alternativmedicinen som inom skolmedicinen och att den tvärvetenskapliga kompetensen är särskilt viktig. Det måste också finnas utrymme för konstateranden att, med tillgänglig metodik, vissa frågeställningar kan förbli icke forskningsbara.

All forskning som innefattar försök på människa och som inte är avsedd att direkt gagna en enskild patient skall granskas och bedömas av en forsknings-etisk kommitté. Kommittéerna skall bl.a. bedöma huruvida forskningsprojektet är i överensstämmelse med den s.k. Helsingforsdeklarationen. En grundtanke är att den forskningsetiska kommittén skall bedöma projektets vetenskapliga kvalitet och därmed garantera att försök på människa endast utförs i projekt som håller hög vetenskaplig kvalitet. De enskilda kommittéerna är rådgivande. De har ingen uttalad kontrollerande eller uppföljande funktion. Deras arbete är inte heller författningsreglerat. Forskningsetiska kommittéer finns i dag i alla de sex sjukvårdsregionerna. År 1981 gjordes en överenskommelse med landstingsförbundet om "heltäckande" etisk granskning av all biomedicinsk forskning på människa vid landstingens inrättningar. Givetvis bör all forskning på människa inom det alternativmedicinska området också granskas av de forskningsetiska kommittéerna.

Hinder av mer organisatorisk art kan förekomma. Det är svårt att integrera alternativ behandling i den offentliga hälso- och sjukvården t.ex. i form av försöksverksamhet. Ett försök som gjordes att utvärdera kiropraktorers resultat stupade på bl.a. detta.

Ytterligare en faktor, som försvårar forskningen, är att det anses vara svårt att få ekonomiska bidrag till forskning om alternativ medicin. Detta beror förmodligen i stor utsträckning på att varken forskarna eller deras ansökningar motsvarar kvalitetskraven på medicinska forskningsprojekt.

7.4 Utgångspunkter för forskning om alternativ medicin

Alternativ medicin står för olika terapier där karaktären av behandlingen varierar. Tre huvudsakliga typer av behandlingsformer kan särskiljas.

En typ av alternativ behandling utgår ifrån direkt påverkan på kroppen i form av fysisk aktivitet, beröring av olika former av manipulationsbehandlingar (kiropraktik, naprapati m.m.). Zonterapi, akupunktur och liknande behandlingsformer är också primärt kroppsligt inriktade i sin behandlingsinsats. Även om behandlingen är kroppsinriktad kan den ha psykiska och sociala verkningar.

En annan typ representeras av de metoder som framför allt har en psykologisk inriktning eller verkar primärt på psyket. Detta gäller olika

behandlingsinsatser såsom autogen träning, meditation, hypnos, psykiskt helande m.m.

Dessa primärt psykologiska metoder kan även ha kroppsliga och sociala verkningar. Inom beteendemedicinen finns en ökande vetenskaplig dokumentation av hur vissa beteendeförändringar gynnsamt påverkar sjukdomsprocesser, läker och förebygger.

En tredje typ av alternativa behandlingsformer är de metoder som använder olika former av tillskott i form av kostterapi, örter, homeopatiska medel, etc. Även musik, ljud, ljus och färg kan användas i behandlingen.

En utforskning av dessa tre olika typer av alternativa behandlingstekniker ställer forskaren inför olika metodologiska svårigheter. Den forskningsmetod som är särskilt välutvecklad inom den biomedicinska forskningen är det kliniskt kontrollerade försöket. Den idealiska kliniska prövningen utgår från en väldefinierad och beskriven patientgrupp. Genom en rad olika kontrollförfaranden såsom slumpvis fördelning till jämförelse- och kontrollgrupper och s.k. dubbel blindtest (såväl behandlare som patient är omedvetna om när aktiv substans eller s.k. placebopreparat ges), söker man göra slutsatserna så säkra som möjligt. Denna typ av forskning lämpar sig för forskning kring helande tillskott. Däremot krävs betydande avsteg från traditionen med kliniskt kontrollerade försök när det gäller metoder som är primärt kroppsligt eller psykologiskt inriktade.

Sättet att ta hand om och bemöta patienterna – är också ett forskningsområde. Detta består av ett samspel mellan behandlaren och patienten där ett gott resultat är beroende av en rad kvaliteter såväl hos behandlaren som hos patienten. Detta kräver en bred tvärvetenskaplig insats. Inom andra forskningsområden än det medicinska finns forskningstraditioner som skulle kunna användas för detta. Ett problem kan dock vara att de, som skall använda sig av forskningsresultaten, kan ha svårt att acceptera forskningsmetoder som inte normalt används inom hans/hennes forskningsområde.

Det är alltså viktigt att få fram metoder som passar för forskning inom det alternativmedicinska fältet. Ett försök att åstadkomma detta görs inom ett projekt vid Vidarkliniken i Järna.

Enligt riksdagsbeslut 1985 gavs regeringen möjlighet att ge dispens från lagen (1981:50) med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion, den s.k. injektionslagen, för att Vidarkliniken skulle kunna använda vissa naturmedel för injektion i samband med försöksverksamhet. Som en förutsättning angavs i beslutet att denna verksamhet skulle utvärderas. Ett projekt har tillkommit med finansiering från Forskningsrådsnämnden, FRN, i syfte att ge en bred beskrivning av Vidarklinikens verksamhet och inriktning. Pilotstudien har innefattat intervjuer med personalen vid kliniken samt en studie av 15 cancerpatienter. En preliminär rapport har redovisats våren 1989. Slutrapporten har beräknats kunna framläggas hösten 1989. Resultatet av denna pilotstudie är tänkt att bilda basen för ett mer omfattande projekt inom vilket olika terapeutiska metoder inom den antroposofiska medicinen skall kunna utvärderas var för sig och i ett helhetsperspektiv.

Det finns en rad olika metoder för att dokumentera skillnader och analysera orsakssamband inom den medicinska forskningen. Inom den humanvetenskapliga forskningen har man pekat på svårigheterna att kontrollera förväntanseffek-

terna eller placeboeffekterna. Man har därför valt att i stället systematiskt standardisera och likställa förväntningar på programmet och förväntningar från försöksledaren m.m. På detta sätt har man försökt skapa förutsättningar för en högkvalitativ behandling.

Förutom en bedömning av effekter är det väsentligt för förstudien av en behandlingsprocess att analysera insats, förlopp och mål genom systematisk analys av behandlingsprocessen.

Utvecklingen inom psykoterapiforskningen visar att det är möjligt att göra kontrollerade försök med beteendevetenskaplig metodik även i andra sammanhang än ren läkemedelsprövning. Det som krävs är att systematiskt tackla principiella problem såsom bl.a. mätning av effekterna. Här kan det krävas att oberoende bedömare från både alternativmedicinen och den etablerade medicinen samarbetar.

Viktigt är också att utveckla studier av behandlingspraxis. Därvid behövs metoder för kvalitetssäkring och strategier för att balansera forskarens krav på vetenskaplighet gentemot behandlarens önskan att anpassa behandlingen till patientens behov.

Ofta är det den sammanlagda effekten av terapin omhändertagandet av patienten, behandlarens tro på patientens läkande förmåga, patientens tro på behandlaren samt patientens tro på behandlingen och vilja att rätta sig efter råd och förslag som ger resultat.

Några exempel på tillämpbara resultat från andra sektorer ges i det följande.

Samspelet mellan försöksledare och deltagare i olika situationer har belysts i en rad forskningsrapporter. Ett klassiskt experiment, som brukar återopas, utfördes vid Western Electric's fabriker i Hawthorne, USA. Vid studier och experiment rörande arbetsmiljön i fabriken varierades belysningen på olika sätt. Man fann att om ljuset förbättrades ökade arbetarnas prestationer. Men samma resultat uppnåddes om ljuset försämrades. Slutsatsen drogs att enbart det faktum att arbetarna kände sig uppmärksammade gjorde att de presterade mer. Denna s.k. förväntanseffekt brukar kallas Hawthorne-effekten.

Hur försöksledare påverkar deltagare i försök har visats bl.a. vid inlärningsförsök inom skolan. I boken *Pygmalion in the Classroom* (Rosenthal, R., Jacobson, L.: *Pygmalion in the Classroom. Teacher Expectation and Pupil Development*. N.Y. Holt, Rinehart & Winston 1968) redovisas försök där eleverna efter matematiktest delades in i två jämnstora grupper. Lärarna bibringades uppfattningen att den ena gruppen var duktigare än den andra. Efter några månader uppvisade också grupperna sådana resultat. Lärarnas förväntningar på eleverna hade gett denna effekt. Av detta drar man slutsatsen att om en behandlare tror på att patienten skall bli frisk påverkar detta läkningen. Omvänt kan en misstro ha motsatt effekt.

Värdering av medicinsk teknologi behövs både inom alternativmedicinen och inom den naturvetenskapliga medicinen. Det vill säga, man måste värdera alla de medicinska åtgärder för prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering som man använder. Även organisation och administration bör inbegripas. De psykologiska och sociala verkningarna av behandlingarna måste också tas med liksom en etisk och ekonomisk bedömning.

7.5 Värdering av medicinsk teknologi

Medicinska forskningsrådet har anslutit sig till en vid definition av begreppet medicinsk teknologi enligt följande: Medicinsk teknologi innefattar alla medicinska åtgärder för prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering samt för organisation och administration.

Det existerar i dag en rad metoder inom hälso- och sjukvården som tidigare har introducerats och är i användning utan att de har blivit utvärderade. Men numera finns en ambition till en mer allsidig och systematisk prövning för att visa värdet av varje innovation. Värdering av medicinsk teknologi har vuxit till en egen gren inom hälso- och sjukvårdsforskningen. Mot denna bakgrund beslutade regeringen år 1987 att etablera en fristående myndighet inom regeringskansliet, Statens Beredning för Utvärdering av Medicinsk Metodik, SBU. SBU:s uppgift är att verka för en nationell samordning av utvärdering av medicinsk metodik eller medicinsk teknologi genom att bl.a. sammanställa vetenskapligt grundade kunskaper på området. Arbetet skall vara inriktat på utvärdering i vid bemärkelse, dvs. på utformandet av synteser och kunskapsöversikter av de samlade medicinska, ekonomiska, sociala och etiska konsekvenserna av såväl nya som etablerade medicinska teknologier.

Ur direktiven kan följande vara av intresse i detta sammanhang.

"Hur kunskap och metoder sprids och kommer till praktisk användning är ytterst en fråga om kvalitet och jämlikhet i vården. Det är därför mycket väsentligt att nya metoder, som vid vetenskapliga prövningar har befunnits vara värdefulla, får snabb och effektiv spridning till alla delar av sjukvårdssystemet där teknologin kan föra nytta. Samtidigt är det naturligtvis av lika stor betydelse att ännu inte prövade teknologier inte sprids på ett okontrollerat sätt, liksom att information om eventuella negativa effekter av tillämpad teknologi sprids snabbt, så att ineffektiva teknologier kan utmönstras och ersättas av bättre sådana.

Trots de resurser som i dag står till sjukvårdens förfogande kan det vara svårt att etablera och sprida nya värdefulla metoder. De kan förhindras av att existerande teknologi inte utsätts för en behövlig rannsakan och successiv utmönstring när så är önskvärt ur effektivitetssynpunkt.

Vissa teknologier introduceras å andra sidan utan större hinder trots att de aldrig har bedömts med hänsyn till deras samlade nytta, risker och ekonomiska konsekvenser. Dessa blir uppenbara först långt senare då teknologin fått status av beprövad erfarenhet och kanske låst fast vissa organisatoriska strukturer. Vetenskapliga prövningar och motiverade förändringar är då svåra att åstadkomma.

Nya medicinska teknologier utvecklas ständigt som ett resultat av forskning inom och utom vårt land. Utvecklingen på området sker snabbare än inom många andra sektorer i samhället. Avståndet mellan grundforskning, tillämpad forskning och snabb spridning för praktiskt bruk är ofta kort. Detta gäller teknologier inte bara för avancerad och högspecialiserad vård utan också för mer rutinbetonad hälso- och sjukvård och för vård i det egna hemmet.

Den moderna teknologiska utvecklingen går mot metoder som tillåter behandling utanför den traditionella vården. En kontinuerlig bevakning och värdering av dessa metoder ur medicinska och ekonomiska synvinklar är en förutsättning för att snabbt ta tillvara teknologier som medför både humanitära och nationalekonomiska vinster.

Ett rationellt utnyttjande av givna resurser för sjukvård, hälsovård och socialvård förutsätter metodik för utsortering av föråldrade metoder när nya tillkommer. Utvärderingar av medicinska teknologier syftar just till att ge ett samlat underlag för val av teknologi med hänsyn till nytta och säkerhet samt ekonomiska och sociala konsekvenser och rättvisesynpunkter."

Det finns och kommer säkert alltid att finnas, sjukdomar och symtom där behandlingsmetoder saknas helt eller delvis. I vissa fall används behandlingsmetoder av tradition utan att de har någon dokumenterad effekt. Ibland vänder sig patienterna till den alternativa medicinen när de inte längre tror sig bli hjälpta av sjukvården. Omsorgen om patienternas bästa kräver stor up-

pmärksamhet på effekterna av medicinska eller andra insatser. Förespråkare för värdering av medicinsk teknologi har pekat på det oacceptabla i att fortsätta att använda metoder utan dokumenterad effekt på grund av svårigheter att dokumentera insatserna eller på grund av etablerad vana.

Kostnader och nytta hos en ny medicinsk teknologi varierar beroende på hur den används. Inte alla medicinska åtgärder är avsedda att rädda liv eller bota, de flesta har mer avsikten att förbättra livskvaliteten. En ny medicinsk teknologi kan t.ex. medverka till att patienter inte behöver utsättas för riskabla diagnostiska eller terapeutiska åtgärder. Effekter på vårdorganisationen kan också bidra till att sociala och etiska konsekvenser aktualiseras.

7.6 Den internationella forskningen om alternativmedicin

Alternativmedicinkommittén har tagit initiativ till en genomgång av den internationella forskningen om alternativmedicin. Detta arbete har utförts av professor Lars Olov Bygren och klinisk amanuens Niels Lynøe, socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet. Uppdraget har omfattat manipulationsbehandling, homeopati, akupunktur, zonerapi och magnetterapi. Även placebo har behandlats.

Forskningsöversikter har tagits fram genom omfattande datasökningar, vilka har följts av kritisk granskning och värdering som medicinsk teknologi. Rapporten har i sin helhet publicerats som en separat volym (Värdering av alternativmedicinska teknologier, SOU 1989:63) i anslutning till detta betänkande.

I det följande ges en sammanfattning av rapporten.

Värdering av teknologins effekt, säkerhet och kostnad har gjorts avseende manipulationsbehandling (kiropraktik, naprapati), zonerapi, homeopati, akupunktur och magnetterapi. Om någon av dessa teknologier visar sig vara effektiv, säker och inte orimligt kostnadskrävande bör teknologin kunna accepteras och tillämpas. Ställningstaganden till om en teknologi är acceptabel vilar emellertid inte alltid på rationella ställningstaganden. Det gäller särskilt om teknologin är kontroversiell i förhållande till den befintliga vetenskapliga referensramen. Om resultaten av den empiriska effektbedömningen inte överensstämmer med bakomliggande teoretiska förutsättningar, accepteras inte de empiriska resultaten omedelbart.

Sammanfattningsvis konstaterade Lynøe och Bygren att det som karakteriserar och är av betydelse vid värdering av alternativmedicinska teknologier är ett eller flera av följande förhållanden:

1. De teoretiska förutsättningarna är obegripliga, dvs. empiriska data går inte att förstå inom ramarna för etablerad biomedicin. Tillsammans är dessa orsaker avgörande för att en terapi klassificeras som alternativmedicinsk. De teoretiska förutsättningarna spelar dessutom en avgörande roll som yttersta validitetsmått av empiriska data.
2. Brist på dokumenterad effekt är inte avgörande, men kan vara en bidragande orsak till att klassificera en teknologi som alternativmedicinsk. Ofta är det problem med att finna gemensamma villkor för att avgöra om en teknologi har effekt eller ej. Man talar om att effekten icke är dokumenterbar. Om behandlingen är sammansatt och tillståndet inte definierat i gängse biomedicinska termer, så är effekten definitionsmässigt ospecific och reduceras i vissa sammanhang till placeboeffekt.
3. Vetenskapliga hänsyn, hänsyn till patienten och säkerheten, etiska hänsyn och hänsyn till professionella intressen kan ibland vara så djupt integrerade att det inte går att särskilja dem. Detta förhållande kan försvåra såväl som underlätta ett accepterande av en ny teknologi.

4. En alternativmedicinsk teknologi gör ofta anspråk på att vara generellt tillämpbar på alla sjukdomstillstånd. En precisering av tillämpnings- och giltighetsområdet är en förutsättning för ett accepterande.
5. Finns möjlighet att omtolka empiriska data inom en biomedicinsk acceptabel referensram, så uppstår det en ny situation som historiskt sett är en bra förutsättning för ett accepterande av teknologin i fråga.

Lynöes och Bygrens samlade bedömning blev följande:

Manipulationsbehandling: Beträffande korttidseffekten fanns en signifikant förbättring. Dock är manipulationsbehandling inte alltid riskfri när det gäller manipulation av halsrygg. Det krävs diagnostisk kompetens för att förebygga komplikationer. Patienterna bör upplysas om riskerna.

Någon bedömning av om manipulationsbehandling är överlägsen andra icke-operativa metoder har inte gjorts. Ej heller kostnadsberäkningar.

Naprapati: Endast en icke-kontrollerad finsk studie förelåg. Studien pågick under 5 år, omfattade 153 patienter och redovisade lindrat eller förbättrat tillstånd i nästan 90 % av fallen efter i genomsnitt 7,3 behandlingar.

Akupunktur: Den vetenskapliga statusen hos akupunktur har stärkts genom att dess smärtlindrande verkan har kunnat beskrivas i neurofysiologiska termer. Det finns många undersökningar med varierande kvalitet. Fyra kliniskt kontrollerade studier och en fysiologisk undersökning visar på gynnsam effekt av akupunktur vid astma bronkiale. Akupunkturbehandling vid depression var i en studie jämförbar med farmakologisk behandling. Dessa och andra resultat motiverar ytterligare studier inom området.

Mot bakgrund av beskrivna komplikationer bör vissa patientgrupper inte behandlas med akupunktur eller behandlas med stor försiktighet. Det gäller patientgrupper som är under behandling med blodförtunnande medel, hjärtklaffopererade och där infektioner är förknippade med komplikationer. Gravida bör behandlas med försiktighet eftersom akupunktur antas ha en påskyndande men även hämmande effekt vid förlossning.

Homeopati: I två kliniska undersökningar om homeopatisk behandling hävdas att behandlingen har en signifikant realeffekt. Invändningar finns dock mot studierna. En acceptabel teoretisk förklaring på de homeopatiska utspädningarnas verkningsmekanismer finns ej.

Den homeopatiska behandlingsprincipen är i sig själv i stort sett en ofarlig teknologi. *Zonterapi.* Fotzonerapi har i en kontrollerad studie visat sig ha effekt vid specifika smärtor. Ytterligare studier bör göras för att utvärdera om resultaten kan upprepas.

Det finns inga rapporter om komplikationer till följd av fotzonerapi.

Forskning har förekommit och förekommer även när det gäller andra alternativa terapier än de Lynöe och Bygren haft till uppdrag att studera. Således publicerades exempelvis i Läkartidningen nr 36 1988 en översikt rörande forskningsprojekt om s.k. transcendent meditation (TM), vari det hävdades att TM-programmet innehåller hälsofrämjande moment. Slutsatsen är att "vi bör studera dessa metoder närmare och förbehållslöst fråga oss om här finns något att hämta för att förbättra individens och befolkningens hälsa".

7.7 Den svenska forskningen om alternativmedicin

Det är svårt att beskriva forskningen om alternativmedicin i Sverige därför att området är vagt avgränsat. Det gäller särskilt avgränsningen mellan grundforskning och tillämpad eller klinisk forskning samt i vad mån olika projekt skall betraktas som alternativmedicinska. En annan typ av svårighet gäller vad som skall betraktas som forskning och vad som skall betraktas som utvecklingsarbete. I detta sammanhang är det mindre väsentligt att dra en sådan skiljelinje utan att forsknings- och utvecklingsarbete behandlas som viktig kunskapsproduktion.

7.7.1 Forskningsstödjande organ

Ett sätt att få en beskrivning av aktuell forskning inom det alternativmedicinska området är att kartlägga de aktiviteter som fått stöd från olika forskningsstödjande organ, Medicinska Forskningsrådet (MFR), Forskningsrådsnämnden (FRN) och Delegationen för Social Forskning (DSF). Dessutom kontaktades Hälsokostrådet, Ekhagastiftelsen, professor Olov Lindahls forskningsfond, Nordiska samfundets stiftelse för vetenskaplig forskning utan djurförsök och Elina Andersens stiftelse för naturmedicinsk forskning. Dessa har i sina respektive målsättningar och stadgar uttalat ett särskilt intresse att stödja forskning inom alternativmedicin.

Medicinska Forskningsrådet (MFR)

Medicinska forskningsrådets verksamhet utgörs huvudsakligen av grundvetenskapligt inriktad forskning. Karaktäristiskt är den stora medicinska betydelsen och den starka internationella ställningen. Under senare år har MFR i stigande omfattning initierat, stimulerat och finansierat forskning inom områden med mer omedelbar samhällelig betydelse. MFR har av regeringen tilldelats ett huvudansvar för en rad prioriterade områden – medicinskt inriktad hälso- och sjukvårdsforskning, utvärdering av medicinska teknologier, epidemiologi, primärvårdsforskning, forskning om missbruksfrågor samt miljömedicinsk forskning.

MFR ger inget stöd till alternativmedicinsk forskning. Detta beror inte på att området i sig ligger utanför MFR:s uppgifter utan mer på att några ansökningar inte inkommit.

Delegationen för Social Forskning (DSF)

Delegationen för Social Forskning är ett organ för forskning inom den sociala sektorn. DSF hör till socialdepartementet. Till delegationen har knutits sju prioriteringskommittéer och en särskild forskningsetisk kommitté. Dessa kommittéer anger huvudområden för DSF:s verksamhet som åren 86/87–88/89 omfattade omkring 94 milj. kr. De sju prioriteringskommittéerna är Socialpolitik och arbetsliv, Socialtjänst och samhällsplanering, Barn- ungdoms- och familjepolitik, Alkohol och andra beroendeframkallande medel, Handikappforskning, Hälso- och sjukvårdsforskning samt Aldreomsorgsforskning.

DSF engagemang inom hälso- och sjukvårdsområdet omfattar hälso- och sjukvårdspolitisk forskning, med tonvikt vid sådan forskning som belyser behovet av och förutsättningarna för en hälso- och sjukvård i överensstämmelse med allmänna välfärdspolitiska mål samt forskning om effekterna av den förda politiken såväl för den enskilde som för olika grupper i samhället.

I riksdagens forskningspolitiska prioriteringar har behovet av folkhälsovetenskaplig, hälsoekonomisk och vårdorganisatorisk forskning med sociala förtecken framhållits. Under perioden 1986–88 har DSF sett det som angeläget att dels stödja teori- och metodutveckling inom bl.a. epidemiologi, livskvalitetsforskning och utvärderingsforskning med inriktning på medicinsk teknologi och organisationsformer inom hälso- och sjukvården, dels att utveckla stödet till institutioner som visat intresse för samarbete över disciplin- och fakultetsgränser.

Prioriteringar för de närmaste budgetåren enligt DSF:s verksamhetsberättelse är utveckling av metoder för värdering av alternativa medicinska vård- och behandlingsformer, livskvalitetsmätningar samt hälsoekonomisk forskning.

En genomgång av DSF:s verksamhetsberättelse 1986–88 visar att DSF gett ett visst stöd till alternativmedicinsk forskning. Så har två projekt om hälsohem erhållit bidrag: Utvärdering av hälsohemmet Österåsen och Effekter av hälsohemsvistelse (avser Vindelns Hälsocenter).

Till detta kommer projekt av intresse på grund av inriktningen på att utvärdera sammansatta vård- och behandlingsprogram.

DSF:s stöd till den alternativmedicinska forskningen har hitintills varit av liten omfattning. Konkurrensen om medel är stor. Beviljningsgraden för nyprojekt har under senare år legat strax över 8 % medan beviljningsgränsen för fortsättningsanslag varit drygt 55 %.

Forskningsrådsnämnden (FRN)

FRN har under några år bedrivit ett stort forskningsprogram om maten, makten och människan. Detta program hade en bred tvärvetenskaplig uppläggning. Ett delprogram handlade om kostterapi, av vilka några var av alternativmedicinsk karaktär.

För närvarande har FRN en programgrupp om individ, hälsa och samhälle. Denna grupp har delat ut anslag bl.a. till utvärderingen av Vidarkliniken och hälsohemstudier.

FRN har en lång erfarenhet av att initiera forskning inom forskningseftersatta, tvärvetenskapliga och samhällsrelevanta forskningsfält.

Hälsokostrådet

Hälsokostrådets forskningsfond har som målsättning att lämna anslag till forskningsprojekt om vegetarisk kost, alternativa behandlingsmetoder, alternativ odling etc. samt ge stipendier för bevakning av och rapportering från internationella symposier och finansiering till projekt för information om kostens betydelse.

Ansökningarna bedöms av Forskningsrådet för Alternativmedicin (FRAM) med ledamöter från både alternativ och konventionell medicin. FRAM, som bildades 15 augusti 1985, skall enligt målsättningen vara ett rådgivande organ för alternativmedicinsk forskning, remissinstans i alternativmedicinska frågor och initierande organ för alternativmedicinsk forskning.

Under perioden 1978–81 fördelade Hälsokostrådet 185 000 kr. på forskningsanslag till Föllingeprojektet, biodynamisk forskning, hälsokost och fasta. Dessutom gavs stöd till en biologisk forskningskonferens.

Under perioden 1982–87 har 15 olika projekt delat på 625 000 kr. Dessutom har stöd givits till Hälsöfrämjandet för information om den vegetariska kosten.

Ekhagastiftelsen

Ekhagastiftelsen stöder särskilt forskning och utveckling inom två områden – olika former av alternativ odling och alternativ medicin. Ett utmärkande drag är att de medicinska projekten varierar från biomedicinsk grundforskning till alternativmedicinska behandlingsmetoder. En relativt omfattande forskningsverksamhet inom kostområdet har under åren fått medel från Ekhagastiftelsen.

Utdelningen från Ekhagastiftelsen har under senare år varit drygt 900 000 kr. årligen. Merparten har dock beviljats till försök med alternativ odling och liknande.

Professor Olov Lindahls forskningsfond

Professor Olov Lindahl har instiftat en forskningsfond med syfte att stimulera läkare och andra forskare att satsa på hälsoforskning och undersökning av alternativa behandlingsmetoder. Fondmedlen har kommit bl.a. från försäljning av vissa hälsomedel.

Fonden instiftades i oktober 1984 och medel (ca 100 000 kr. årligen) har delats ut vid två tillfällen.

Nordiska Samfundets stiftelse

Under några år delade Nordiska Samfundets stiftelse för vetenskaplig forskning utan djurförsök ut medel till alternativ medicin. Ett 20-tal projekt fick åren 1982–86 bidrag med mellan 5 000 och 50 000 kr. Sedan 1986 har inga medel tilldelats alternativmedicinska forskningsprojekt.

Elina Andersens stiftelse för naturmedicinsk forskning

Denna forskningsfond instiftades 1988 och har till ändamål att främja och bedriva vetenskaplig forskning i naturmedicin. Vid första ansökningstillfället i oktober 1988 fördelades ca 200 000 kr.

7.7.2 Forskning publicerad i Tidskrift för Biologisk Medicin

Tidskrift för Biologisk Medicin är ett organ för utbyte av erfarenheter inom det alternativmedicinska området. I tidskriften har en rad artiklar publicerats som inte accepterats av vetenskapliga tidskrifter. En analys av de forsknings-

rapporter som finns i tidskriften ger vid handen att både svenska originalstudier och internationella projekt återges för den svenska läsekretsen. Det kan även konstateras att kvaliteten på de redovisade projekten är mycket varierande.

7.7.3 Inom alternativmedicinkommittén initierad forskning

I direktiven till alternativmedicinkommittén står att kommittén bör ha rätt att initiera eller föreslå nya forsknings- och utvärderingsprojekt på området.

Det är särskilt följande initiativ som kan omnämnas i detta sammanhang:

1. Den omfattande kartläggningen av svenska folkets erfarenheter och attityder till alternativ behandling (Fakta och röster om alternativ medicin. Allmänna förlaget 1987)
2. Studierna av hälsohem (SOU 1989:61)
3. Forskningen vid Vidarkliniken.

7.7.4 Ytterligare studier och forskningsinsatser

I en studie som genomförts av Svenska läkaresällskapet (Boström, H.: Biverkningspanorama vid alternativmedicinsk verksamhet. Svenska Läkaresällskapet förlag, 1989), belyses olika former av biverkningar och skadeverknningar som kan ha uppkommit i samband med alternativ medicin.

Vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg har genomförts två kontrollerade studier i syfte att utvärdera effekt av akupunktur och homeopati hos patienter med angina pectoris respektive hypertoni. Resultaten är ännu inte publicerade.

Sammanfattningsvis kan konstateras att forskningen om alternativ medicin i Sverige har en mycket begränsad omfattning. Stödet från statliga forskningsfinansierade organ har varit blygsamt. Bidragen från andra organ har medverkat till att ett fåtal forskare genomfört projekt, ofta som en bisyssla vid sidan om annan verksamhet.

Forskningen har ofta varit smal och ett nödvändigt tvärvetenskapligt angrepp på forskningsuppgifterna har sällan kommit till stånd. Det är en liten grupp forskare som varit verksamma inom området. Få – om ens några – unga forskare har sökt sig till alternativmedicinen.

7.8 Kommitténs bedömning av värdet av vissa enskilda alternativa terapier

Endast ett fåtal av i dag förekommande alternativa terapier har blivit föremål för regelrätt vetenskaplig utvärdering. Kommittén har därför endast i några enstaka fall kunnat bilda sig en uppfattning om en terapies medicinska värde. Av tids- och resursskäl har kommittén inte haft möjlighet att initiera utvärderingsprojekt, bortsett från pilotprojektet rörande Vidarkliniken (7.4). Kommittén har således haft att lita till undersökningar av terapier som gjorts

främst utom landet. Av detta skäl har kommittén uppdragit åt den socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet att göra en genomgång av tillgänglig forskning på det alternativmedicinska området vilket framgår av avsnitt 7.6.

Som framgår av Umeå-gruppens rapport har man försökt värdera följande terapier: Kiropraktik, akupunktur, akupressur, homeopati, magnetterapi, zonterapi och naprapati. Hälsohemmens verksamhet har dessutom blivit föremål för genomgång och utvärdering i en särskild expertgrupp (Hälsohem. Rapport från en expertgrupp inom Alternativmedicinkommittén, SOU 1989:61).

Kommittén har efter genomgång av tillgänglig dokumentation funnit, att den vetenskapliga dokumentationen av kiropraktisk verksamhet bör motivera att gruppen Doctors of Chiropractic ges legitimation inom den svenska hälso- och sjukvården (Legitimation för vissa kiropraktorer, SOU 1987:12)

Kommittén har också funnit det klarlagt att hälsohemsbehandling med vegetarisk diet, fasta, motion och badbehandling m.m. kan rekommenderas vid vissa angivna sjukdomar.

Kommittén har dessutom funnit att vissa studier antyder att akupunktur kan ha effekt vid behandling av astma bronchiale, högt blodtryck och depression.

Kommittén har vidare funnit det dokumenterat att djup avspänning, som bl.a. kan uppnås med hjälp av olika meditationstekniker, t.ex. transcendental meditation och zenmeditation, kan vara gynnsam vid vissa sjukdomstillstånd och i förebyggande syfte. Både när det gäller akupunktur och meditation finner kommittén det vara angeläget att ytterligare forskning stimuleras och att internationella erfarenheter tillvaratas. Även när det gäller s.k. magnetterapi vill alternativmedicinkommittén tillstyrka forskning speciellt med avseende på frakturläkning.

7.9 Överväganden och förslag beträffande angelägna forskningsområden

Det finns en ambition från statens sida att stödja forskning som har betydelse för samhällsutvecklingen. Genom regeringens forskningspolitiska propositioner har angelägna forskningsområden fått särskilda resurser.

Den medicinska forskningen, särskilt den bioteknologiska, har länge varit högt prioriterade. Den svenska läkemedelsindustrin håller en hög internationell standard och flera originalpreparat, som har utvecklats inom landet, har fått internationell spridning.

Forskning kring alternativmedicin har däremot hittills varit av ringa omfattning och kvaliteten har varierat. Det har inte funnits någon gemensam målsättning för forskning inom området.

Mot bakgrund av det stora intresse de alternativmedicinska metoderna omfattas av hos allmänheten har alternativmedicinkommittén funnit det angeläget att ge exempel på centrala forskningsuppgifter. Kommittén förordar därvid sådan forskning där den alternativmedicinska praktiken studeras tvärvetenskapligt i projekt genomförda i samverkan mellan företrädare för

alternativmedicin och hälso- och sjukvård.

Ett exempel på ett sådant program från en angränsande sektor, livsmedelsområdet, är det tvärvetenskapliga forskningsprogrammet "Livsmedelsproduktion, konsumtion och kostvanor". Programmet utvecklades av Forskningsrådsnämnden (FRN). En arbetsgrupp arbetade, med hjälp av seminarier, nyckelintervjuer, litteraturstudier osv., fram en programskrift "Maten, makten och människan" som publicerades 1980. Utifrån denna utvecklades sedan fem konkreta forskningsprogram.

SJFR (skogs- och jordbrukets forskningsråd) har sedan ett antal år övertagit huvudansvaret för livsmedelsforskningen (MFR har dock huvudansvaret för human nutritionsforskning) vilket gör att FRN har dragit ner och omprioriterat verksamheten.

Sammanfattningsvis kan sägas att nämndens livsmedelsforskningsprogram har haft betydelse för forskningen inom området. Med hjälp av ett stort helhetsprogram har man fått med sig etablerade forskare, som i sin tur lockat med sig andra intresserade. Inom programmets ram har hittills fem doktorsavhandlingar rapporterats och ytterligare minst lika många kan förväntas. Flera projekt har presenterats i internationella, välrenommerade vetenskapliga tidskrifter. Antalet projekt som initierats och till stor del slutförts är ca 50 stycken. Många av de nya projekt och nya forskningsområden som startats hade förmodligen ej kommit i gång utan FRN:s program.

FRN har också erfarenhet av andra tvärvetenskapliga satsningar inom hälsoområdet t.ex. äldreforskning, epidemiologi, alkoholforskning, preventionsforskning, handikappforskning och självmordsforskning.

Alternativmedicinkommittén preciserar i det följande fyra områden som enligt kommitténs mening alla är viktiga, men av olika skäl. Dessa fyra områden är forskning om behandlingseffekter, forskning om den alternativa vårdpraktiken, forskning om alternativmedicinens utbredning och forskning kring alternativmedicin som en del av hälso- och sjukvården.

7.9.1 Forskning om alternativmedicinsk behandling

Effekter vid alternativmedicinsk behandling är ofta ifrågasatta av företrädare för hälso- och sjukvården. Det är angeläget att såväl positiva som negativa effekter av alternativmedicinsk behandling studeras. Enligt kommitténs mening är det av värde att genomföra kliniska studier av effekter vid alternativmedicinsk behandling speciellt inom följande områden:

1. Empirisk effektbedömning av de i Sverige mest förekommande alternativmedicinska terapierna, dvs. främst olika former av manipulationsbehandling.
2. Ytterligare studier av terapier som varit föremål för vissa forskningsinsatser (se 7.8).
3. Forskning kring effekter av mer sammansatta alternativmedicinska åtgärder, t.ex. effektstudier av hälsohemsvistelse. Exempel på denna typ av studier finns i Hälsohemsrapporten (SOU 1989:61). De studier som finns återgivna i rapporten har alla haft metodologiska svårigheter. Men eftersom de också

ger grund för en viss optimism är det angeläget att forskningen inom detta område fortsätter.

4. Jämförande effektstudier av medicinska och alternativmedicinska behandlingsmetoder.

7.9.2 Forskning om den alternativa vårdpraktiken

Inom den medicinska forskningen finns en strävan att fastställa effekters enskilda orsaker. Inom alternativmedicinen är detta förenat med stora problem. Här gäller ofta andra kriterier än de som är mätbara enligt konventionella metoder. Patientens egen tro på en alternativbehandlare eller behandlingsmetoder upplevs ha stor betydelse för resultatet.

1. Förväntanseffekternas roll inom alternativmedicin.

När det gäller forskning kring den alternativa vårdpraktiken kan man inte eliminera de socialpsykologiska processerna bakom s.k. förväntanseffekter. Här är det väsentligt att studera hur god vård kommer till stånd.

2. Studier av samspelet mellan patient och alternativa behandlare.

I Sverige har under senare år viss tvärvetenskaplig forskning av patient--läkarerelationen bedrivits i bl.a. Linköping och Göteborg.

3. Jämförande studier av vårdpraktiken inom alternativ medicin och etablerad sjukvård.

I den fördjupningsstudie som alternativmedicinkommittén utförde med SCB:s hjälp framkom att många patienter som valt att gå till alternativa behandlare upplevde att dessa lyssnade mer och tog hänsyn på ett annat sätt än vad de naturvetenskapligt utbildade läkarna gjorde. Enligt kommitténs mening skulle det vara intressant att närmare belysa varför dessa skillnader i upplevelsen av vården uppstår.

4. Jämförande studier av patientens egen aktivitet och effekten av patientutbildning inom alternativ medicin respektive etablerad sjukvård.

Många former av alternativ behandling kännetecknas av att patienterna har en aktiv roll vid behandlingens genomförande och den livsomställning som inte så sällan förespråkas. I hälso- och sjukvårdslagen betonas också patientens aktiva roll och möjlighet till samråd. Det sätt på vilket patienterna aktiveras kan vara av intresse för sjukvårdens del att få belyst. En jämförande studie av patientutbildningen kunde vara ett sätt.

På samma sätt är det en fördel att den vårdsökande tror på behandlingen. Denna s.k. placeboeffekt har inte blivit systematiskt utforskad.

Ett annat centralt område att belysa är hur samspelet mellan patienten och behandlaren fortgår. I Sverige har under senare år bedrivits viss tvärvetenskaplig forskning om detta bl.a. i Linköping och Göteborg.

Ytterligare ett intressant område att forska kring är gränsområdet alternativ medicin och etablerad sjukvård. Inom detta beteendevetenskapliga fältet och

den psykosomatiska medicinen borde det finnas möjlighet till detta.

7.9.3 Forskning om alternativmedicinens utbredning

Alternativmedicinkommittén har bidragit till ökad kunskap om alternativmedicinens utbredning på två sätt. Dels genomförde SCB i samarbete med alternativmedicinkommittén en omfattande undersökning, som redovisats i kommitténs delrapport Fakta och röster om alternativmedicin (Allmänna förlaget, 1987) där det framkom bl.a. att ca en femtedel av befolkningen i vårt land någon gång haft kontakt med alternativ medicin. Dels har genom kommittén gjorts en kartläggning av vilka terapier som finns inom landet.

Den bild som kommittén har kunnat få fram av alternativmedicinens utbredning är dock mycket ofullständig. Det vore enligt kommitténs mening av värde att få till stånd en fördjupad epidemiologiskt inriktad studie, där utnyttjandet av olika alternativmedicinska behandlingsformer studerades mera ingående. I detta sammanhang vill kommittén peka på att alternativmedicinska behandlingar med psykoterapeutisk inriktning inte har belysts i kommitténs arbete.

Kommittén anser att denna typ av forskning, som tar sikte på de alternativa behandlingarnas utbredning i landet och typen av verksamhet som olika behandlare utövar är angelägen. Även utnyttjandet av naturmedel och förklaringar till varför människor önskar sådana är viktigt att belysa. En svårighet härvidlag är att mycken alternativmedicin utövas som egenvård, varför det kan vara svårt att kartlägga den.

7.9.4 Forskning kring alternativmedicin som del av hälso- och sjukvård

I den nyss nämnda SCB-undersökningen framkom att många människor under läkarbehandling samtidigt utnyttjade alternativa behandlare. Särskilt vanligt var detta i samband med olika värkstillstånd. Kommittén anser att det ytterligare bör studeras verkningarna av samarbete mellan läkare och alternativbehandlare, särskilt inom området för manipulationsbehandling. Försök av denna inriktning har gjorts i Norge och Danmark.

7.10 Överväganden och förslag angående finansiering och organisation

Alternativmedicinkommittén kan konstatera att intresset för alternativa behandlingar är mycket stort hos många människor samtidigt som kunskaperna om alternativmedicinens innebörd, effekter och resultat är små. Kommittén anser därför att forskning inom alternativmedicinen är angelägen.

En förutsättning för att kvalificerad forsknings- och utvecklingsverksamhet inom det alternativmedicinska området skall komma till stånd är att kvalificerade forskare blir intresserade av denna typ av forskning. Ett sätt att fokusera intresset kan vara att skapa en centrumbildning för genomförande av forskning inom alternativmedicinen med anknytning till ett visst universitet.

Ett exempel på en sådan tvärvetenskaplig centrubildning är Centrum för omvårdnadsforskning i Uppsala. En annan möjlighet skulle kunna vara att knyta forskningen till en medicinsk eller beteendevetenskaplig institution. Så har man gjort i Norge, där en grupp alternativmedicinska forskare arbetar med alternativmedicinska frågeställningar vid Institutionen för allmänmedicin i Oslo. En etablerad medicinsk eller beteendevetenskaplig institution erbjuder en gynnsam forskningsmiljö och en naturlig kontakt med andra forskare. Detta skulle kunna påverka den alternativmedicinska forskningen i positiv riktning.

För att lyckas med någon av ovanstående lösningar krävs en intresserad och kompetent forskningsledare som har förmåga att dra till sig andra dugliga forskare. Förutsättningen att på sikt kunna bygga upp en forskning är att åstadkomma en tillräcklig kompetens på olika nivåer. För närvarande saknas forskningskompetens för att i stor skala direkt kunna starta alternativmedicinsk forskning.

Det krävs ett tålmodigt arbete för att bygga upp en sådan kompetens. Hittills har alternativmedicinsk forskning finansierats antingen med statliga medel över delegationen för social forskning (DSF) respektive forskningsrådsnämnden (FRN) eller med privata medel. I det senare fallet har medel kanaliserats över privata forskningsfonder såsom forskningsrådet för alternativ medicin (FRAM), professor Olov Lindahls forskningsfond, Ekhagastiftelsen, Nordiska samfundets stiftelse för vetenskaplig forskning utan djurförsök samt enskilda företag främst inom naturmedelsbranschen.

Eftersom Forskningsrådsnämnden (FRN) har stor erfarenhet av tvärvetenskaplig forskning har kommittén underhand fört en diskussion med företrädare för denna. I sin anslagsframställning för perioden 1990–93 har FRN förklarat sig villig att ta på sig ansvaret för initivtagande och finansiering av forskning kring alternativmedicin under förutsättning att särskilda medel ställs till förfogande. För en treårsperiod beräknar FRN sammanlagt 5 milj. kr. för detta. Utöver denna summa räknar FRN med att få till stånd en samfinansiering av vissa forskningsprojekt med externa bidragsgivare.

Mot bakgrund av FRN:s tidigare väl utförda arbete inom andra lågprioriterade forskningsområden vill alternativmedicinkommittén starkt förordna den här diskuterade modellen för att få en ökad forskning kring alternativmedicin.

Alternativmedicinkommittén har också diskuterat lämpligheten av en professur för forskningsmetodik inom alternativmedicinen. Kommittén har därvid ansett att erfarenheterna av forskningsverksamheten under de närmaste åren bör avvaktas innan ställning tas till en eventuell professur.

8 Myndigheternas uppgifter

Sammanfattning

Alternativmedicinkommittén framhåller i detta kapitel vikten av att staten har tillsyn över efterlevnaden av här föreslagen lag om alternativ medicin m.m. utöver den tillsynsverksamhet som bl.a. avser naturmedel och marknadsföring av naturmedel. Denna uppgift tillkommer socialstyrelsen som tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården.

Kommittén föreslår att en myndighet får i uppdrag att pröva frågor om registrering av alternativa behandlare med medicinsk basutbildning. Då det finns sakliga skäl för olika lösningar av detta förslag har kommittén valt att lägga fram två alternativa förslag. Kommittén förordar den lösning som innebär att socialstyrelsen ges uppdraget att handha registreringen av alternativmedicinska yrkesutövare och att åt styrelsen även uppdras att fastställa kriterier för den medicinska basutbildningen.

Kommittén föreslår också att berörda myndigheter aktivt skall följa utvecklingen på det alternativmedicinska området för att få ett bättre kunskapsunderlag om den alternativmedicinska verksamheten.

Socialstyrelsen föreslås inrätta ett kontakt- och samordningsorgan för alternativmedicinska frågor.

Kommittén anser att informationsuppgifter bör åligga i första hand socialstyrelsen, den nya myndigheten för läkemedelskontroll (fr.o.m. 1990-07-01) och konsumentverket i samarbete med intressegrupper inom den alternativmedicinska sektorn.

8.1 Inledning

Den alternativa medicinen har ökat i omfattning under de senaste två årtiondena när det gäller antalet terapier, utövare av dessa och sannolikt även antalet behandlade. Kommitténs och statistiska centralbyråns, SCB, undersökning år 1985 (kap. 13) visade att 22 % av den vuxna befolkningen hade blivit behandlad av någon alternativ terapeut. Detta motsvarar omkring en miljon människor. Ungefär lika många (19 %) inhandlar varje år naturmedel, örtmediciner, kosttillskott m.m. i hälsokostbutiker och andra butiker. Omställningen inom hälsokostbranschen har stigit det senaste decenniet. Varje år utexamineras bortemot 400 blivande alternativa terapeuter från olika alternativmedicinska utbildningsinstitutioner inom landet. Ett mindre antal med utländsk utbildning tillkommer. Detta innebär att antalet alternativa behandlare i landet successivt ökar.

Den refererade undersökningen påvisade också ett avsevärt potentiellt intresse bland befolkningen för alternativ behandling. 57 % av befolkningen utöver gruppen behandlade uppgav således att de kunde tänka sig alternativ behandling i händelse av fysisk eller psykisk sjukdom.

Vad man kan se av utvecklingen talar inget för att konsumtionen av och intresset för alternativ behandling, hälsokostprodukter etc. skulle komma att avta inom den närmaste framtiden.

Kommittén konstaterar också att det finns vissa problem när det gäller myndigheternas tillsyn av och kommunikation med alternativsektorn.

Mot bakgrund av den rådande situationen och den tänkbara framtida utvecklingen diskuteras i detta kapitel myndigheternas roll när det gäller kontroll och tillsyn av de alternativmedicinska yrkesutövarna samt information till dessa och till allmänheten. En central fråga avser den framtida kontakten mellan myndigheterna och den alternativa sektorn vid sidan av den direkta myndighetsutövningen.

8.2 Myndigheternas författningsenliga uppgifter

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, tandvårdslagen (1987:125) resp. lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. har socialstyrelsen tillsynen över landstingskommunernas hälso- och sjukvård och över hälso- och sjukvårdspersonalen i dess yrkesutövning. I HSL sägs att styrelsen skall "följa och stödja verksamheten. Vid utövande av sin tillsyn har styrelsen rätt att företa inspektioner".

Tillsyn i detta avseende innebär inte enbart en kontroll av hälso- och sjukvård, socialtjänst och annan verksamhet inom socialstyrelsens område vad avser kvalitet, säkerhet och den enskildes rättigheter, vilket kan ske genom inspektioner, granskning av årsberättelser eller på annat sätt. Tillsyn skall också ha en stödjande och framåtblickande innebörd (bl.a. med syfte att förebygga missförhållanden). Den kan bygga på erfarenhetsförmedling, idéutveckling, på samtal och diskussion – mera i syfte att utveckla och förbättra än att åtgärda missgrepp.

Det senare perspektivet har fått allt större betydelse i kontakten mellan exempelvis socialstyrelsen och hälso- och sjukvården men är kännetecknande även för många andra myndigheters tillsynsverksamhet.

I propositionen (prop. 1988/89:130) om socialstyrelsens framtida roll, uppgifter och inriktning understryks denna senare tolkning av tillsyn. Där sägs att "socialstyrelsen skall i första hand inrikta sitt arbete på tillsyn i form av uppföljning och utvärdering samt kontroll av kommunernas och landstingens verksamhet inom socialsektorns område". Det sägs också att besöksverksamhet inte bara bör föranledas av anmälan om missförhållanden utan också bör bedrivas i förebyggande syfte. För att förstärka denna tillsyn inom hälso- och sjukvården föreslås inrättandet av högst sex tillsynsenheter på sjukvårdsregional bas.

Alternativa behandlingsmetoder kan under vissa omständigheter förekomma inom hälso- och sjukvården och utövas av hälso- och sjukvårdspersonal. Förutsättningarna för detta har diskuterats i kapitel 2. Myndigheternas, i detta fall socialstyrelsen, uppgifter finns reglerade i tillsynslagen och behörighetslagen (1984:542). Vid bedömningen av enskilda fall har styrelsen också att ta hänsyn till den rättspraxis som utvecklats genom utslag i hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och högre rättsinstanser.

Enligt de gällande bestämmelserna förekommer ingen generell tillsyn över den *alternativmedicinska* behandlingsverksamheten utöver möjligheten att anmäla till åtal enl. den s.k. kvacksalverilagen. Det är först sedan ett *hälsohem* blivit godkänt som enskilt vårdhem som det faller under socialstyrelsens och länsstyrelsens tillsynsansvar. Viss tillsyn utövas av konsumentverket när det gäller marknadsföring av *naturmedel* och av *tjänster* på det alternativmedicinska området. Även livsmedelsverket har vissa tillsynsfunktioner, vilka delvis utövas av miljö- och hälsoskydds nämnderna, inom livsmedelsområdet (bl.a. viss kontroll av kosttillskott och s.k. orala naturmedel). När det gäller naturmedel generellt utövas kontroll och tillsyn av socialstyrelsen enligt läkemedelsförordningen (1962:701).

Den nämnda regionala tillsynsorganisationen föreslås överta vissa av de tillsynsuppgifter som idag tillkommer länsstyrelserna. Enl. prop. 1988/89:130 bör en uppgift vara "att mer aktivt bedriva tillsyn enligt stadgan om enskilda vårdhem när det gäller sådana enskilda vårdhem som i huvudsak bedriver hälso- och sjukvård". Beskrivningen synes vara tillämplig på de hälsohem som i denna utredning föreslås få benämningen hälsovårdhem (kap. 4).

8.2.1 Socialstyrelsens handläggning av kvacksalveriärenden

Enligt 13 § allmänna läkarinstruktionen (1963:341) skall distriktsläkare som finner anledning att anta att det inom hans distrikt förekommit hälsofarligt kvacksalveri eller annan förseelse mot lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, anmäla detta förhållande till socialstyrelsen. Styrelsen handlägger således dessa ärenden och även anmälningar från allmänheten. I genomsnitt har de senaste åren omkring 30 ärenden med anknytning till kvacksalverilagen årligen anmälts till styrelsen.

I den mån enskilda alternativa terapier förekommit i samband med anmälan gäller det, under senare år, främst laser och homeopati men även naprapati, zontterapi och magnetterapi.

I anslutning till organisationsutredningen om socialstyrelsen har Statskonsult gjort en tids- och kostnadsberäkning av olika ärendetyper inom styrelsen. Ärenden rörande kvacksalveri, alternativ medicin m.m. beräknades för år 1988 till 80 persondagar för primärvårdsbyrån, vilket uppskattades motsvara en kostnad av 80 000 kronor.

Till socialstyrelsens uppgifter hör även att pröva om medicinska behandlingsmetoder står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett exempel är akupunktur. Socialstyrelsen konstaterade år 1984, efter att ha hört experter och vetenskapliga råd, att det är vetenskapligt belagt att akupunkturbehandling kan ha smärtstillande effekt och att behandling av smärta med akupunktur får anses stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

8.3 Uppgifter för myndigheterna enligt kommitténs förslag

Alternativmedicinkommittén har, utöver de förslag som läggs fram i detta kapitel, i betänkandet diskuterat olika åtgärder som bör falla på myndigheternas ansvar när det gäller alternativ medicin.

Enligt förslaget till lag om alternativmedicinsk verksamhet m.m. skall socialstyrelsen ha tillsynen över efterlevnaden av denna lag. Innebörden av detta framgår av specialmotiveringen till lagen.

I kapitel 3 har föreslagits att alternativmedicinsk behandlare med viss medicinsk basutbildning skall kunna registreras hos socialstyrelsen och härigenom få rätt att dels marknadsföra sig under en beteckning som framhåller denna kompetens, dels under vissa villkor behandla barn från och med det år de fyllt tre år.

Enligt kommitténs förslag (kap. 3) skall den medicinska basutbildningen kontrolleras av socialstyrelsen som, i samarbete med utbildningsmyndighet och företrädare för den alternativa medicinen, har att bestämma omfattningen av denna utbildning och innehållet i densamma, samt också övervaka utbildningens kvalitet genom centrala prov eller på annat sätt.

Kommittén föreslår vidare att naturmedel med en alkoholhalt som överstiger 10 viktprocent skall undantas från den generella reglering som gäller för alkohhaltiga produkter. De föreslås bli godkända av socialstyrelsen för försäljning under förutsättning att det klart framgår att syftet med medlet är rent medicinskt.

Kommittén föreslår, att alla antroposofiska läkemedel, även injektionspreparat, undantas från regleringen i läkemedelsförordningen och i den nya läkemedelslagen. Antroposofiska läkemedel föreslås få säljas endast på ordination av läkare. De läkare som i sin verksamhet önskar använda antroposofiska läkemedel skall anmäla detta till socialstyrelsen. Förutsättningen för att de antroposofiska läkemedlen skall undantas bör vara att de anmäls till socialstyrelsen i likhet med vad som gäller för bl.a. naturmedel.

8.4 Övriga myndighetsuppgifter

8.4.1 Kommunikation, information, utbildning

Det av kommittén framtagna bakgrundsmaterialet (kap. 13) visar att den alternativa medicinen har ökat i omfattning under senare år och att den kommit att spela en avsevärd roll för en växande grupp människor. Samtidigt står det klart att kommunikationen mellan berörda myndigheter, hälso- och sjukvården och andra samhällsinstitutioner å ena sidan och den alternativa medicinen å den andra är mycket sparsamt förekommande. Kunskaperna om den alternativa medicinen, dess innehåll, omfattning och företrädare är följaktligen begränsad vilket lätt kan ge upphov till onödiga missförstånd och problem.

Kommittén har erfarit att det finns ett avsevärt behov hos både allmänheten och de professionella grupperna inom hälso- och sjukvården, undervisningen m.m. av ett obundet kunskapsmaterial om den alternativa medicinen, om

lagstiftningen på området och om rättigheter och skyldigheter vid behandling, besked om vart man ska vända sig vid klagomål etc.

8.4.2 Organ för kontakt och rådgivning m.m.

Någon organiserad kontakt har aldrig existerat mellan myndigheterna och alternativsektorn. Däremot har det förekommit sporadiska kontakter i form av uppvaktningar och överläggningar mellan företrädare för alternativ medicin och myndigheterna.

Fungerande kontaktorgan i Danmark

Ett land i Europa har upprättat ett samarbetsorgan mellan myndigheter och företrädare för alternativ medicin, nämligen Danmark. Inrikesministern i Danmark uppdrog således år 1985 åt Sundhedsstyrelsen att ta initiativ till att inrätta ett kontaktorgan med rådgivande status. Kontaktorganet har ingen på förhand utarbetad arbetsbeskrivning. Främst är syftet att förmedla en dialog mellan etablerade och alternativa behandlare och även att medverka till försöksverksamhet med avsikten att främja kunskaper om och förståelse för alternativa behandlingsmetoder och -medel.

Det danska kontaktorganet har 12 ledamöter varav två kommer från vardera Landsforeningen til Naturhelbredelsens Fremme (en motsvarighet till KAM), Dansk Selskab for Biologisk Medicin och Dansk Selskab for Integreret Medicin samt två från vardera av följande myndigheter: Forbrugerrådet (motsvarigheten till konsumentverket), Indenrigsministeriet och Sundhedsstyrelsen.

Kontaktorganet har avgivit en ettårsrapport (Sundhedsstyrelsen. Kontaktorganet vedrørende alternative helbredelsesmetoder/midler. Statusrapport 1987) av vilken framgår att man arbetar med fyra huvudfrågor, nämligen samarbetsavtal mellan Helsebranschens leverantörsforening och Danmarks Apotekerforening, ett registreringsförfarande av behandlare i Landsforeningens regi, etablering av en tvärfacklig sammanslutning på Integreret Medicins initiativ samt tillskapandet av ett utbildningssystem enligt förslag från Biologisk Medicin.

I samband med att kommitténs ordförande och sekreterare i slutet av 1987 besökte Danmark studerades kontaktorganets verksamhet. Intrycket var att institutionen fungerade väl och att frågor av problemlinor hänsköts dit. Alla parter var enligt uppgift överens om att det var ett värde att få träffas regelbundet vilket resulterat i att vissa åtgärder redan vidtagits.

Andra internationella initiativ

En kartläggning har på svenskt initiativ gjorts inom Europarådet av de författningar som reglerar hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att använda alternativa metoder för diagnos och behandling i Europarådets medlemsländer och Finland (Legislation and administrative regulations on the use by licensed health service personal of non-conventional methods of diagnosis and treatment of illness. Strasbourg 1984). Av detta dokument kan inte utläsas om något annat land i Europa har inrättat någon motsvarande institution som den danska.

I en holländsk rapport om alternativ medicin som publicerades 1981 (Alternative Medicine in the Netherlands. Summary of the report of the Commission for Alternative Systems of Medicine. The Hague 1981) föreslogs att regeringen skulle inrätta en konsultativ och rådgivande kommitté med uppgift bl.a. "att konsultera och rådgöra med regeringen i frågor som rör utarbetandet och realiserandet av rekommendationerna och problem som rör alternativ medicin". En sådan kommitté borde vara av begränsad storlek och bestå av personer som har de berörda parternas förtroende.

Kommittén skulle ha följande specifika uppgifter:

- a) Bidrag till att utarbeta och realisera kommissionens rekommendationer.
- b) Ge rekommendationer angående den status som ska ges åt utövare av alternativ medicin inom ramen för lagförslaget om individuella hälsovårdande yrken.
- c) Främja forskningen och fungera som rådgivande organ i forskningsarbetet och om de alternativa medicinska systemen.

- d) Främja och upplysa om förekomsten av information om alternativa behandlingsformer.
- e) Ge rekommendationer, antingen på begäran eller på eget initiativ, i alla frågor som har med alternativ medicin att göra.

Finns det behov av ett svenskt kontaktorgan?

Kommittén har ställt frågan om det finns behov av någon institution för regelbunden kontakt mellan berörda myndigheter och alternativsektorn i Sverige för gemensamma frågor för myndigheterna och den alternativa sektorn. Exempel på sådana frågor som finns redan idag är naturmedel där tre statliga myndigheter berörs och har fortlöpande kontakt med hälsokostbranschen. Andra exempel på områden som berör även myndigheterna är Vidarkliniken och den antroposofiska medicinen. Ytterligare ett område är hälsohemmen, som föreslås få en ny roll inom hälso- och sjukvården. Detta skulle kräva tätare kontakter mellan dessa och framförallt socialstyrelsen.

Registrering, utbildning, information etc. är områden där det kan uppstå problem som med fördel kan diskuteras i en partssammansatt grupp.

Om det uppstår konflikter och missförstånd kan dessa hanteras i ett kontaktorgan och möjlighet ges till ömsesidig information. Ett konstruktivt och framåtsyftande samarbete och idéutbyte kan också ske i en gruppering av det här slaget.

8.5 Överväganden och förslag

Enligt propositionen (1988/89:130) om socialstyrelsens framtida roll, uppgifter och inriktning skall socialstyrelsen på central myndighetsnivå svara för expertkunnandet inom socialsektorn. Detta skall bl.a. kunna utnyttjas för att ta fram beslutsunderlag inför regeringens och kommunala organs ställningstaganden. Socialstyrelsens uppgifter skall i framtiden alltmer inriktas mot övergripande frågor där tillsyn – särskilt i form av uppföljning och utvärdering – kunskapsutveckling och kunskapsförmedling kommer att dominera. Individanknutna ärenden kommer huvudsakligen att handläggas vid de sex regionala enheter som tillförs socialstyrelsen för tillsyn inom hälso- och sjukvården.

Den alternativa medicinen, antingen den förekommer inom hälso- och sjukvården eller utanför denna, är av avsevärd omfattning och berör många människor. Den kan dessutom förväntas expandera ytterligare. Kommitténs intryck är att den alternativa sektorn kommer att bli mer och mer organiserad och att den gentemot myndigheterna kommer att företräda samlade ståndpunkter. De myndigheter som kommer att beröras av tillsynsuppgifter och på andra sätt är främst socialstyrelsen, den nya myndigheten för läkemedelskontroll (fr.o.m. 1990-07-01 enl. regeringens beslut) och konsumentverket men även länsstyrelserna.

I sitt utlåtande över regeringens proposition (1988/89:130) om socialstyrelsens framtida roll, uppgifter och inriktning framhåller socialutskottet att

"... socialstyrelsen aktivt bör bedriva tillsyn över den alternativmedicinska verksamheten. Tillsynen över hälsohemmen och annan alternativmedicinsk verksamhet och säkerställandet av patienternas säkerhet i dessa verksamheter måste i framtiden vara en prioriterad uppgift för socialstyrelsen. Styrelsens möjligheter att utöva tillsyn över

bl.a. hälsohemmen har varit klart otillräckliga under senare år. Det har t.o.m. hävdats att kvacksalverilagen i praktiken satts ur spel under det senaste decenniet".

Utskottet anför också att det inom socialstyrelsen bör finnas kompetens i fråga om alternativmedicin.

8.5.1 Registrering

Kommittén har i kapitel 3 föreslagit att alternativmedicinska behandlare med av socialstyrelsen fastställd medicinsk basutbildning skall kunna registreras hos en statlig myndighet. Anledningen till detta förslag är att kommittén anser att det bästa sättet att öka patienternas säkerhet och trygghet är att garantera en viss basutbildning hos de alternativmedicinska behandlarna. Endast de alternativbehandlare, som har denna medicinska basutbildning får enligt förslaget marknadsföra sig under en beteckning som framhåller denna kompetens. Registret föreslås uppta endast basutbildningen och inte eventuella inriktningar som t ex naprapati, akupunktur eller zonerapi. Det är en fråga för yrkesorganisationerna och KAM att själva besluta om auktorisationsregler.

Kommittén har diskuterat två alternativ när det gäller vilken myndighet som skall föra registret över alternativmedicinska yrkesutövare. Dessa två alternativ presenteras i det följande.

Alternativ 1

Socialstyrelsen bör svara för registrering av alternativmedicinska yrkesutövare.

Socialstyrelsens roll som tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården kräver, enligt kommitténs bedömning, att styrelsen inte enbart tilldelas en formell tillsyn enligt lagen om alternativmedicinsk verksamhet m.m. utan även ges en mera övergripande funktion innebärande ansvar för viss information, för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom området alternativ medicin och för kontakt och samordning med den alternativmedicinska sektorn. I linje härmed bör ansvaret för att föra register över behandlare med basmedicinsk kompetens läggas på socialstyrelsen, i likhet med vad som är fallet med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Detta är, enligt kommittén, också ett sätt att främja kontakten mellan den etablerade och alternativa medicinen.

Alternativ 2

Annan statlig myndighet än socialstyrelsen bör svara för registrering av alternativmedicinska yrkesutövare.

För de flesta alternativa behandlingsmetoder har inte redovisats vetenskapligt dokumenterade studier som visar att de har effekter. Eftersom socialstyrelsen i framtiden skall renodla sin roll som expertorgan inom hälso- och sjukvården har kommittén diskuterat ett alternativt förslag till vilken myndighet som bör svara för registreringen.

Socialstyrelsen för idag register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Om styrelsen också skulle föra ett register över alternativmedicinska

yrkesutövare skulle allmänheten lätt kunna få den uppfattningen att dessa hade fått någon form av godkännande eller auktorisation av socialstyrelsen. Därför skulle ett alternativ vara att lägga ansvaret för registreringen på en i detta avseende neutral myndighet, t ex konsumentverket (som ju även i framtiden föreslås ha ansvaret för tillsynen av marknadsföringen av naturmedel) eller länsstyrelserna.

I enlighet med detta alternativa förslag skulle således socialstyrelsen i sin roll som expertmyndighet svara för tillsynen att lagen om alternativmedicinsk verksamhet m.m. efterlevs medan ett annat verk, t ex konsumentverket, skulle svara för registreringen av de alternativbehandlare som genomgått den av socialstyrelsen föreskrivna utbildningen och svara för tillsynen av att dessa marknadsför sig i enlighet med gällande förordningar.

Kommittén har stannat för att förorda alternativ 1, dvs. att socialstyrelsen föreslås föra ett register över de alternativmedicinska yrkesutövare, som har en medicinsk basutbildning.

8.5.2 Kommunikation, information och utbildning

Kommittén har erfarit att det föreligger ett omfattande behov av ett sakligt och inträngande *informationsmaterial* om den alternativa medicinen, bl.a. inom hälso- och sjukvården och utbildningsväsendet. Det föreliggande utredningsmaterialet kan, i tillämpliga delar, under de närmaste åren fylla bristen på informations- och utbildningsmaterial främst till personalgrupper verksamma inom hälso- och sjukvården, studerande, politiker, journalister m.fl. Snarare än att föreslå konkreta informationsinsatser anser kommittén att det bör finnas en beredskap för att ge en saklig och nyanserad *information* då särskilda behov uppstår. Ansvaret för en sådan information bör lämpligen åvila den eller de myndigheter som har tillsynsansvar.

Kommittén *föreslår* att socialstyrelsen får ansvar för sådana informationsuppgifter, när det gäller den alternativa medicinen, som riktar sig till allmänhet och behandlare och hälso- och sjukvårdspersonal om lagstiftningsfrågor, rättigheter och skyldigheter m.m. och att läkemedelsverket (fr.o.m. 1990-07-01) får motsvarande ansvar betr. naturmedel. Kommittén konstaterar vidare att konsumentverket har ansvar för konsumentupplysning och information om marknadsföringsfrågor. Kommittén förutsätter att myndigheterna samarbetar i dessa frågor och att även kontakt hålls med "hälsorörelsen" och företrädare för de alternativa behandlarna. Vissa informationsuppgifter torde lämpligen kunna initieras och bedömas av det nedan föreslagna kontaktorganet.

8.5.3 Marknadsföring av alternativmedicinska yrkesutövare

Konsumentverket har ansvar för konsumentupplysning och information om marknadsföringsfrågor. Kommittén utgår ifrån att berörda myndigheter kommer att samarbeta i dessa frågor och att även företrädare för "hälsorörelsen" och alternativmedicinen ges möjlighet till inflytande.

Marknadsföringen av alternativmedicinska tjänster bör enligt kommitténs uppfattning vara måttfull. I marknadsföringen får givetvis inte erbjudas

behandling som inte är tillåten. Uppräkning av sjukdomar bör inte få förekomma. I huvudsak bör marknadsföringen innehålla sakupplysningar om mottagningen och eventuell av KAM utfärdad "specialitet".

Konsumentverket och konsumentombudsmannen, KO, har att med stöd av marknadsföringslagen (1975:1418) bevaka marknadsföringen av alternativmedicinska tjänster. Om konsumentverket finner behov av riktlinjer för marknadsföringen, liksom redan idag finns för naturmedel, utgår kommittén från att verket utfärdar sådana.

8.5.4 Kunskapsutveckling och kunskapsförmedling

Under den tid som alternativmedicinkommittén har arbetat har kommittén kunnat konstatera att såväl alternativbehandlare som allmänhet tycks ha behov av att kunna vända sig till något forum för upplysningar i frågor som rör alternativmedicin. Kommittén ser det som angeläget att de berörda myndigheterna utvecklar kunskapsunderlag och följer utvecklingen inom det alternativmedicinska området. Detta gäller t ex förekomsten och utbredningen av alternativa terapier och forskningen inom området. Kommittén delar socialutskottets åsikt att det inom socialstyrelsen bör finnas en kompetens ifråga om alternativ medicin.

Som en konsekvens av de utökade myndighetsuppgifter som kommittén anser vara nödvändiga med tanke på den alternativa medicinens utbredning och förväntade utveckling samt för att stimulera till ökad kommunikation om alternativmedicinska frågor, anser kommittén det vara viktigt att någon form av kontakt- eller samordningsorgan för alternativmedicinska frågor inrättas vid socialstyrelsen.

bedömning som inte är tillräckligt tydlig. Detta innebär att det är svårt att jämföra resultaten med tidigare studier. För att kunna göra en bedömning av resultatets pålitlighet är det viktigt att ta hänsyn till metodens styrkor och svagheter. Enligt rapporten är metodens styrkor bland annat att den är enkel att använda och att den ger god tillgänglighet för patienter. Svagheter är bland annat att metoden inte tar hänsyn till patientens individuella behov och att den kan vara svår att tolka för vissa patienter. Detta innebär att resultaten inte kan överföra till alla patienter. För att kunna göra en bedömning av resultatets pålitlighet är det viktigt att ta hänsyn till metodens styrkor och svagheter. Enligt rapporten är metodens styrkor bland annat att den är enkel att använda och att den ger god tillgänglighet för patienter. Svagheter är bland annat att metoden inte tar hänsyn till patientens individuella behov och att den kan vara svår att tolka för vissa patienter. Detta innebär att resultaten inte kan överföra till alla patienter.

8.2.4. Känslighet och tillförlitlighet

Under en av sina aktiviteter för att utvärdera resultaten av undersökningen har rapporten konstaterat att det är viktigt att ta hänsyn till känslighet och tillförlitlighet. Detta innebär att resultaten inte kan överföra till alla patienter. För att kunna göra en bedömning av resultatets pålitlighet är det viktigt att ta hänsyn till metodens styrkor och svagheter. Enligt rapporten är metodens styrkor bland annat att den är enkel att använda och att den ger god tillgänglighet för patienter. Svagheter är bland annat att metoden inte tar hänsyn till patientens individuella behov och att den kan vara svår att tolka för vissa patienter. Detta innebär att resultaten inte kan överföra till alla patienter. För att kunna göra en bedömning av resultatets pålitlighet är det viktigt att ta hänsyn till metodens styrkor och svagheter. Enligt rapporten är metodens styrkor bland annat att den är enkel att använda och att den ger god tillgänglighet för patienter. Svagheter är bland annat att metoden inte tar hänsyn till patientens individuella behov och att den kan vara svår att tolka för vissa patienter. Detta innebär att resultaten inte kan överföra till alla patienter.

9 Ekonomiska konsekvenser av kommitténs förslag

Kommittén har under sitt arbete utgått från att de förslag som läggs fram i största möjliga utsträckning skall kunna genomföras inom ramen för oförändrade resurser för staten, kommuner och enskilda.

Ett genomförande av kommitténs förslag innebär vissa ökade arbetsuppgifter för socialstyrelsen med registrering av alternativmedicinska behandlare, vissa övervakningsuppgifter beträffande den basmedicinska utbildningen av dessa behandlare, tillsynsuppgifter för den regionala tillsynsorganisationen samt administration av ett central samordningsorgan.

Som framgår av kapitel 8 har riksdagens socialutskott i sitt betänkande 1988/89:SoU24 om socialstyrelsens framtida roll uttalat att socialstyrelsen i framtiden aktivt bör bedriva tillsyn över den alternativmedicinska verksamheten och att tillsynen över hälsohemmen och annan alternativmedicinsk verksamhet bör vara en prioriterad uppgift för socialstyrelsen. Då emellertid omfattningen av denna verksamhet är omöjlig att förutse är det i nuläget svårt att bedöma resursåtgången. Socialstyrelsen bör därför inkomma med en preciserad framställning om eventuellt ytterligare resursbehov sedan organisatoriska och andra förutsättningar klarnat och sedan styrelsen har kunnat bedöma omfattningen av tillsynsverksamheten.

De enligt förslaget mest arbetskrävande insatserna kommer sannolikt att bli uppläggningsen av ett register över alternativmedicinska behandlare med medicinsk basutbildning samt övervakning och kontroll av denna utbildning. När registret är upplagt och kriterier och rutiner av den basmedicinska utbildningen har fastställts kommer arbetsinsatserna dock sannolikt att kunna nedbringas väsentligt.

Kommittén föreslår att registreringen av alternativmedicinska behandlare finansieras genom avgifter varigenom verksamheten bör kunna bli ekonomiskt självbärande och även innefatta vissa andra uppgifter, exempelvis administrationen av det föreslagna samordningsorganet.

Kommittén har även diskuterat alternativa förslag när det gäller myndighetsuppgifterna.

Ett alternativt förslag är att endera konsumentverket eller länsstyrelserna skulle ansvara för registreringen av alternativmedicinska behandlare. Ur ekonomisk synpunkt kommer en sådan lösning inte att vara fördelaktigare, enligt kommitténs uppfattning. Snarare kommer både alternativet med konsumentverket och länsstyrelserna att bli dyrare då det innebär en uppsplittring och därigenom ökade administrativa kostnader. Socialstyrelsen bör under alla omständigheter ansvara för övervakning och kontroll av den medicinska

basutbildningen.

Kommittén har vidare funnit att forskningen på det alternativmedicinska fältet är mycket eftersatt och att det finns stora forskningsbehov på området. Kommittén har därför föreslagit att Forskningsrådsnämnden, FRN, skall ges uppdraget att ansvara för initiativ och samordning av forskningsinsatser inom det alternativmedicinska forskningsområdet. Kostnaden har beräknats till 5 milj. kr. för en treårsperiod. FRN, har förklarat sig villig och intresserad av att åta sig denna uppgift under förutsättning att särskilda medel anvisas. FRN har räknat med att vissa projekt skall kunna bli föremål för samfinansiering tillsammans med icke-statliga intressenter.

Kommittén har rekommenderat att sjukvårdshuvudmännen bekostar vistelse vid hälsovårdhem under vissa förutsättningar. Några ökade totalkostnader torde detta inte innebära då det ankommer på landsting och primärkommuner att själva fatta beslut om prioritering av sina åtaganden.

En fråga som uppmärksammats i den allmänna debatten är om samhället inom ramen för sjukförsäkringssystemet skulle kunna tänkas lämna bidrag till viss alternativmedicinsk behandling. Kommittén har prövat denna fråga noga och har när det gäller kiropraktorerna föreslagit (vilket också blivit riksdagens beslut), att landstingen träffar vårdavtal med Doctors of Chiropractic, innebärande att patienterna endast behöver betala sedvanlig vårdavgift för behandlingen.

När det gäller anslutning till försäkringskassa för privatpraktiserande yrkesgrupper har riksdagens socialförsäkringsutskott uttalat sig för stor restriktivitet. I samband med kiropraktorfrågans behandling i riksdagen anförde utskottet att "ansvaret för befolkningens hälso- och sjukvård lags på sjukvårdshuvudmännen varför det är både rimligt och riktigt att dessa har ett inflytande på hur de trots allt begränsade ekonomiska och personella resurserna fördelas". Av detta skäl anser sig inte utskottet heller kunna tillstyrka att legitimerade kiropraktorer eller naprapater skall få rätt att ansluta sig till sjukförsäkringen.

Kommittén har ingen avvikande uppfattning i denna fråga och anser därjämte att en given förutsättning för att ersättning från samhället skall utgå för behandling är att behandlingen i fråga är accepterad av samhället. Kommittén vill peka på möjligheten för enskilda sjukvårdshuvudmän att ingå avtal med enskilda yrkesutövare eller yrkesgrupper för viss behandling. Inom några landsting har exempelvis avtal träffats med fria akupunktörer till vilka patienter kan remitteras för smärtbehandling.

Ett undantag från principen att ersättningsberättigad behandling skall vara accepterad av samhället har aviserats i 1989 års budgetproposition, där det sägs att vissa naturmedel skall kunna falla inom ramen för läkemedelsrabatteringen. Socialministern avser att förelägga riksdagen en särskild proposition i denna fråga.

10 Några författningsfrågor

10.2 Kommitténs uppdrag

10.1 De gällande bestämmelserna om alternativmedicinsk verksamhet

10.1.1 Verksamhet inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården regleras i princip av tre huvudförfattningar. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) – HSL – innehåller bestämmelser som riktar sig till de huvudmän som ansvarar för den egentliga hälso- och sjukvården och motsvaras, när det gäller tandvården, av tandvårdslagen (1981:1145) – TvL. De centrala bestämmelserna om personalens åligganden framgår av lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (tillsynslagen). Därutöver finns i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (behörighetslagen) föreskrifter om hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens och behörighet. Ytterligare föreskrifter ges i ett stort antal författningar från regeringen och främst socialstyrelsen.

I 5 § tillsynslagen finns den i detta sammanhang centrala föreskriften, som innehåller handlingsregeln för både vad som skall och får göras. Därav framgår, att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall vinnlägga sig om att ge patienten sakkunnig och omsorgsfull vård. Denna bestämmelse är övergripande och andra bestämmelser på området – t.ex. i allmänna läkarinstruktionen (1963:341) – har endast kompletterande karaktär. Det är dock tveksamt, om detta står klart för alla som arbetar i vården. Den närmare innebörden av vad som är sakkunnig och omsorgsfull vård, eller snarare vad som inte uppfyller detta krav, bestäms av högsta domstolen och regeringsrätten. Även detta förhållande missförstås ibland. Varken t.ex. socialstyrelsen eller hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd bedömer slutgiltigt vad som är gällande rätt i denna fråga. Rättsläget är dock i stor utsträckning oklart på grund av att de prejudicerande avgörandena är få.

Det har ofta som en följd av det oklara rättsläget diskuterats vilken begränsning åliggandena för personalen att vinnlägga sig om att ge en sakkunnig och omsorgsfull vård innebär, när det gäller att meddela alternativ behandling. Det är nämligen oklart, under vilka närmare omständigheter sådana metoder får användas. Ibland ifrågasätts det till och med om personalen över huvud taget får använda alternativa metoder. Av tillgänglig rättspraxis kan likväl den slutsatsen dras, att föreskriften i tillsynslagen inte utesluter att personalen i sin verksamhet kan använda alternativa metoder (frågan har behandlats utförligare i kap 2).

10.1.2 Verksamhet som mot ersättning bedrivs utanför hälso- och sjukvården

Reglerna i fråga om den alternativa medicinen är mindre komplicerade. Utgångspunkten är, att all alternativ behandling på hälso- och sjukvårdens område är tillåten och att vissa, begränsade undantag därifrån särskilt anges.

För den som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen gäller lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (den s.k. kvacksalverilagen). Lagen gäller dock bara under vissa angivna förutsättningar. Den gäller den som mot ersättning undersöker eller behandlar annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd och därvid vidtager eller föreskriver åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte. Åtgärder som uteslutande innebär undersökning faller sålunda utanför lagens tillämpningsområde. I lagen förbjuds bl.a. användningen av vissa metoder, behandling av vissa sjukdomar samt undersökning och behandling av barn under åtta års ålder. Det är viktigt att påpeka, när det gäller förbudet att behandla sjukdomar, att förbudet endast avser sjukdomarna som sådana men inte en person som lider av någon av dessa sjukdomar.

Av behörighetslagen framgår, att lekmän i princip är uteslutna från att mot ersättning bedriva tandvårdande verksamhet. På tandvårdens område är möjligheterna att vara verksam därför ytterst begränsad för den som inte uppfyller kompetenskraven i behörighetslagen. Här förekommer knappast heller någon alternativmedicinsk verksamhet.

Den som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har sålunda i sin verksamhet på hälso- och sjukvårdens område att iakttaga de regler som ges i 1960 års lag och i behörighetslagen. Utöandet av alternativa metoder är dock inte - såsom inom hälso- och sjukvården - något generellt problem, eftersom några särskilda åligganden inte gäller för den som inte står under socialstyrelsens tillsyn. Någon principiell plikt att vidta en viss åtgärd kan självfallet inte heller åläggas den enskilde. Lagen har nämligen som framgått uteslutande till uppgift att ange vad som är otillåtet.

10.1.3 Övrig verksamhet

Övrig verksamhet på hälso- och sjukvårdens område är endast reglerad inom ramen för allmänna straffbestämmelser i t.ex. brottsbalken. Till sådan, i princip fri verksamhet hör egenvård samt behandling av anhöriga, goda vänner och andra utan att ersättning begärs eller tas emot. Hit hör även åtgärder som endast avser utfrågning av hjälpsökande, allmänna hälsoråd och allmän omvårdnad.

10.1.4 Produktkontrollen m.m.

Inom hälso- och sjukvården regleras förutom själva yrkesutövningen även olika medicinska metoder och hjälpmedel. En mycket omfattande reglering finns sålunda i t.ex. läkemedelsförordningen (1962:701) och författningar som har beslutats med stöd av förordningen. Något liknande förekommer inte på det alternativmedicinska området, bortsett från bestämmelser om s.k. naturmedel.

Naturmedlen har genom en bestämmelse i läkemedelsförordningen under vissa förutsättningar undantagits från den sedvanliga läkemedelskontrollen. För naturmedel som är avsedda för injektion finns dock en särskild lagstiftning med åtskilliga föreskrifter.

10.2 Kommitténs uppdrag i fråga om normgivningen

Kommittén har enligt sitt uppdrag att göra en översyn av främst den s.k. kvacksalverilagen.

När kommittén övervägt utformningen av och innehållet i en ny lag har såväl formella som materiella och språkliga synpunkter beaktats. De formella frågor som hör hit behandlas i de följande avsnitten i detta kapitel, medan de materiella frågorna har tagits upp till en övergripande analys och diskussion i den allmänna motiveringen i övrigt. De utvecklas också närmare i specialmotiveringen. Vid den språkliga översynen har kommittén i allmänhet följt den praxis som tillämpas i modern normgivning.

10.3 Anpassning till nyare hälso- och sjukvårdslagstiftning

Under senare år har flera centrala författningar på hälso- och sjukvårdsområdet tillkommit (se framställningen i avsnitt 10.1.1). Såväl HSL, TvL som behörighetslagen får sägas ha beröringspunkter med lagstiftningen om alternativ medicin.

I HSL finns bestämmelser om målet och ansvaret för hälso- och sjukvården, kraven på personalen samt tillsyn. Här ges den formella ramen för hela verksamheten inom hälso- och sjukvården. På samma sätt är TvL den grundläggande författningen för tandvården.

Bestämmelserna i HSL liksom i TvL bärs upp av två övergripande mål. Det ena är det allmänna välfärdsmålet, nämligen ett gott hälsotillstånd hos hela befolkningen. Den andra är strävan att hälso- och sjukvården bör vara tillgänglig för alla på lika villkor. I dessa författningar finns dessutom indirekt patienternas rättigheter fastlagda, t.ex. när det gäller kravet på samtycke till olika vårdåtgärder. Patienternas rättigheter har emellertid tidigare och mera utförligt på samma sätt formulerats som den andra sidan av personalens skyldigheter enligt tillsynslagen.

När kommittén utarbetat förslaget till en ny lag, som avses ersätta den s.k. kvacksalverilagen, har givetvis de principer som bär upp de centrala lagarna på hälso- och sjukvårdens område beaktats. Även om den alternativa medicinen inte kan bli en uppgift för det allmänna i den bemärkelsen som gäller för hälso- och sjukvården, måste ändå det allmänna ytterst försöka garantera att den som vänder sig till den alternativa medicinen inte kommer till skada.

10.4 Den nya lagstiftningens omfattning och inriktning

Den s.k. kvacksalverilagen gäller dem som vid utövande av verksamhet på hälso- och sjukvårdens område inte står under socialstyrelsens tillsyn, dvs. för alla utom för hälso- och sjukvårdspersonalen enligt avgränsningen i tillsynslagen. Tillämpningsområdet för den lag som kommittén föreslår blir på samma sätt negativt bestämd. Detta är ofrånkomligt med hänsyn till det sätt på vilket begreppet alternativ medicin enligt kommitténs mening måste utformas (se vidare kap. 1). Verksamheten på hälso- och sjukvårdens område kommer sålunda även i framtiden – om kommitténs förslag godtas – att regleras å ena sidan av den föreslagna lagen om alternativmedicinsk verksamhet m.m. samt – å andra sidan – av HSL, TvL, behörighetslagen och tillsynslagen.

Den nya lagen om alternativmedicinsk verksamhet m.m. syftar till att utgöra basen för det allmännas kontroll och tillsyn på det alternativmedicinska området. Det är också angeläget, att den språkligt sett blir mer tillgänglig för patienterna och medborgarna i gemen än vad som gäller den nuvarande, motsvarande lagen.

11 Specialmotivering

11.1 Förslaget till lag om alternativmedicinsk verksamhet m.m.

Kommitténs förslag till lag är avsett att helt kunna ersätta den gällande lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. På samma sätt som 1960 års lag siktar lagförslaget till att reglera den verksamhet på hälso- och sjukvårdens område som inte faller under socialstyrelsens tillsyn. Lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. berörs därför inte.

Förslaget till den nya lagen innebär flera nyheter i förhållande till 1960 års lag. Det ger uttryck för uppfattningen, att staten bör förhålla sig neutral när det gäller den enskildes val mellan den etablerade och den alternativa medicinen. Patienten skall med andra ord som regel ha möjlighet att välja den behandling m.m. som han önskar och som han tror på, även om denna ännu inte visats ha sådant värde att den godtagits i hälso- och sjukvården. Statens övergripande ansvar för den enskildes säkerhet motiverar dock att den alternativmedicinska verksamheten inte lämnas helt oreglerad. Det bör sålunda eftersträvas, att sådan verksamhet i princip bedrivs endast av dem som har en viss kompetens, i lagförslaget benämnd medicinsk basutbildning. Bestämmelser om frivillig registrering för yrkesutövare med sådan kompetens har därför införts i lagförslaget. Något principiellt förbud att bedriva verksamhet utan sådan utbildning föreskrivs däremot inte, men i lagförslaget har upptagits ett fåtal regler som begränsar möjligheterna för envar att utöva viss verksamhet på området.

Regleringen i lagförslaget har gjorts övergripande och detaljerade bestämmelser avses beslutas av regeringen eller socialstyrelsen.

Förslaget till lagen är indelat i olika avsnitt. De inledande bestämmelserna behandlar vad som avses med alternativmedicinsk verksamhet och lagens tillämpningsområde (1 och 2 §§). Därefter följer regler om registrering och skydd för yrkesbeteckning (3-5 §§). Genom 6 § föreskrivs vissa inskränkningar i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Lagförslaget avslutas med regler om tillsyn (7 §), ansvar (8 §) och bemyndigande att meddela ytterligare föreskrifter (9 §).

Inledande bestämmelser

1 § Med alternativmedicinsk verksamhet avses i denna lag åtgärder som syftar till att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador och som inte har godtagits i hälso- och sjukvården.

Paragrafen saknar motsvarighet i 1960 års lag.

I paragrafen definieras begreppet alternativmedicinsk verksamhet. Sådan verksamhet karakteriseras av åtgärder som dels syftar till att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar eller skador, dels inte har godtagits i hälso- och sjukvården. Om en åtgärd vidtages utan sådant syfte är det inte fråga om alternativmedicinsk verksamhet.

Enbart en utfrågning av någons hälsotillstånd kan inte betraktas som utredning. Inte heller kan allmänna hälsoråd utan samband med någon aktuell sjukdom anses som behandling. Även i övrigt gäller, att det måste vara fråga om någon särskild handling som kan betecknas som åtgärd, låt vara att den endast är av enklare slag. Bestämningen av begreppet åtgärd får särskild betydelse vid tillämpningen av 2 och 6 §§ och kommenteras vidare i specialmotiveringen till den sistnämnda paragrafen.

Avsikten med uttrycket medicinskt är att klargöra, att åtgärderna måste rikta sig mot människor för att de skall hänföras till alternativmedicinsk verksamhet enligt lagförslaget. Uttrycket har också till uppgift att avgränsa den verksamhet som lagen tar sikte på från andra verksamheter på angränsande områden. På motsvarande sätt som inom den etablerade medicinen har genom kommitténs förslag gjorts en formell, författningsmässig uppdelning på egentlig hälso- och sjukvård och tandvård. Genom uttrycket medicinskt görs här avgränsningen i förhållande till tandvården. Hit hör sålunda inte åtgärder enligt tandvårdslagen (1981:1145), vilka i stället begränsas av bestämmelserna i 6, 8 och 10 §§ i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården (behörighetslagen). Härigenom förbjuds i princip all tandvårdande verksamhet som mot ersättning utövas av lekmän. Självfallet hör åtgärder av socialt slag inte heller hit. Åtgärder som utgör särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda faller också utanför sådana åtgärder som åsyftas i bestämmelsen. Avsikten är däremot inte, att uttrycket medicinskt skall ges en så inskränkt tolkning, att endast traditionella medicinska discipliner hänförs hit. Åtgärder som kan hänföras till exempelvis psykologi, psykoterapi och sjukgymnastik måste nämligen i detta sammanhang hänföras till medicinen.

I begreppet sjukdomar och skador innefattas – på motsvarande sätt som i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) – även åtgärder med anledning av kroppsfel, fysiologiskt betingade åldersförändringar samt graviditet och förlösning utan att detta uttryckligen nämns.

Bestämningen av alternativmedicin görs negativ på det sättet, att vad som inte godtagits i hälso- och sjukvården utgör alternativ medicin. Hälso- och sjukvården innefattar i detta avseende den verksamhet som regleras i hälso- och sjukvårdslagen.

Med uttrycket att åtgärderna inte har godtagits i hälso- och sjukvården avses, att åtgärderna bedöms inte vara i enlighet med en sakkunnig och omsorgsfull vård i Sverige på det sätt som förstås i 5 § första stycket tillsynslagen. Det betyder, att sådana åtgärder inte heller är förenliga med vetenskap och beprövad erfarenhet. Åtgärder som utomlands godtagits i den etablerade vården, t.ex. högteknologiska metoder, och som ännu inte används i Sverige, kan däremot vid de rättstillämpande organens efterhandsprövning mycket väl hänföras till den etablerade medicinen.

Det blir en uppgift för rättspraxis att i varje särskilt fall bestämma vad som

kan eller inte kan hänföras till den etablerade medicinen. När det gäller hälso- och sjukvårdspersonalen får frågan prövas av de allmänna domstolarna eller i disciplinär ordning av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, kammarrätten och regeringsrätten. I specialmotiveringen till 2 § har utvecklats under vilka omständigheter sådant disciplinansvar kan komma i fråga. Avgränsningen av åtgärder som vidtas av alternativmedicinska behandlare m.fl. får göras av de allmänna domstolarna.

2 § Denna lag gäller den som utövar alternativmedicinsk verksamhet eller annan verksamhet på hälso- och sjukvårdens område och som inte omfattas av lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

I paragrafen regleras avgränsningen av lagförslagets tillämpningsområde mot annan verksamhet. Bestämmelsen motsvarar i huvudsak 1 § i 1960 års lag.

Lagförslaget tillämpas endast på den som utövar alternativmedicinsk verksamhet eller annan medicinsk verksamhet – dvs. etablerad medicin – och som inte omfattas av tillsynslagen. Det gäller sålunda inte för den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen i fråga om verksamhet som hör till yrkesutövningen, oavsett om yrkesutövarens åtgärder kan hänföras till etablerad medicin eller alternativ medicin. Av den allmänna motiveringen i avsnitt 2.3 framgår, att alternativmedicinsk verksamhet under yrkesutövningen får utövas av hälso- och sjukvårdspersonal inom ramen för vad som kan hänföras till en sakkunnig och omsorgsfull vård enligt 5 § första stycket tillsynslagen. Hälso- och sjukvårdspersonalens befattning med alternativmedicinsk verksamhet kan därför i stor utsträckning prövas i disciplinär ordning.

Om den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen uppsåtligt eller av oaktsamhet i sin yrkesutövning vidtar sådana åtgärder av alternativmedicinskt slag, som får anses falla utanför en sakkunnig och omsorgsfull vård, föreligger förutsättningar för att ålägga disciplinåtgärd. De legitimerade yrkesutövarna kan till följd av legitimationens ändamål och omfattning inte vidta åtgärder på hälso- och sjukvårdens område utanför socialstyrelsens tillsyn. För dessa finns det därför i princip inte något utrymme att rättsenligt utöva alternativmedicinsk verksamhet utan stöd i det nämnda 5 § första stycket tillsynslagen. Så blir t.ex. alltid åtgärder av alternativmedicinskt slag, som vidtas av en legitimerad sjukgymnast, att bedöma enligt det nämnda lagrummet, medan ett sjukvårdsbiträdes motsvarande verksamhet – om den bedrivs på fritiden – faller under den föreslagna lagen. Den legitimerade yrkesutövare, som utan hinder av begränsningen i tillsynslagen önskar utöva alternativmedicinsk verksamhet, måste sålunda först begära att legitimationen återkallas. Av specialmotiveringen till 3 § framgår, att detta tillvägagångssätt dock inte är möjligt för legitimerade läkare och tandläkare.

I den mån en viss yrkesgrupp upptas bland hälso- och sjukvårdspersonalen undantas de som kan hänföras dit därmed från lagförslagets tillämpningsområde. Härav framgår, att den föreslagna lagen och tillsynslagen kompletterat varandra på sådant sätt, att alla åtgärder som vidtas på hälso- och sjukvårdens område omfattas av antingen den ena eller andra lagen.

Den som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för sina åtgärder enligt kommitténs förslag till lag om alternativmedicinsk verksamhet m.m. Envar har därutöver självfallet ett allmänt straffrättsligt ansvar för sina åtgärder.

I lagförslaget jämställs alternativmedicinsk verksamhet med annan verksamhet, dvs. etablerad medicin. Även när den som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bedriver vad som kan hänföras till etablerad medicin omfattas han sålunda av den förslagna lagen. Det bör här – till förtydligande av vad som redan anförts – också påpekas, att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen däremot faller under den föreslagna lagens tillämpningsområde endast när han bedriver alternativmedicinsk verksamhet utanför sin yrkesutövning.

I begreppet annan verksamhet på hälso- och sjukvårdens område – vilket som nämnts syftar på den etablerade medicinen – innefattas sådana åtgärder som anges i 1 §. Det skall med andra ord även här vara fråga om åtgärder som syftar till att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador.

Registrering och skydd för yrkesbeteckning

3 § Den som genomgått av socialstyrelsen godkänd medicinsk basutbildning för alternativmedicinsk verksamhet skall efter ansökan registreras som alternativmedicinsk yrkesutövare. Den som visar att han på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens får också registreras.
Socialstyrelsen prövar frågor om registrering.

Paragrafen saknar motsvarighet i 1960 års lag.

Det är, som kommittén närmare utvecklat i den allmänna motiveringen i avsnitt 3.2.4, önskvärt, att alternativmedicinsk verksamhet bedrivs endast av den som har behövlig kompetens. Den grundläggande medicinska utbildningen som är lämplig för alternativmedicinsk verksamhet benämner kommittén medicinsk basutbildning. Det bör ankomma på socialstyrelsen att närmare fastställa kraven på en sådan utbildning. Styrelsen bör i denna fråga samråda med UHÄ samt företrädare för hälso- och sjukvårdshuvudmännen och yrkesutövarna. Det finns dock anledning att räkna med, att basutbildningen i mycket stor utsträckning kommer att bedrivas under enskilt huvudmannaskap. Några särskilda resurser från hälso- och sjukvårdshuvudmännens sida krävs därför inte.

I paragrafen föreskrivs, att den som gått igenom sådan medicinsk basutbildning som socialstyrelsen godkänt för alternativmedicinsk verksamhet kan registreras som alternativmedicinsk yrkesutövare. Även den som inte har någon sådan utbildning men har motsvarande kompetens kan dock bli registrerad.

Den medicinska basutbildningen är enligt vad som framgår av den allmänna motiveringen i avsnitt 3.2.4 inriktad på de krav som somatisk vård ställer. Någon motsvarande utbildning för alternativmedicinska psykoterapeuter föreslås inte. Den alternativmedicinskt inriktade psykoterapeut som anser sig inte behöva sådan somatisk inriktad utbildning och därför inte vill gå genom utbildningen kan sålunda inte registreras.

Flera yrkesgrupper som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har en kompetens som motsvarar den medicinska basutbildningen. Yrkesutövare bland dessa grupper kan därför i princip registreras som alternativmedicinska yrkesutövare. Detta fritar dock inte yrkesutövaren från att i den yrkesutövning som står under socialstyrelsens tillsyn uppfylla de åligganden som föreskrivs

i tillsynslagen.

Den som varit legitimerad som läkare eller tandläkare men fått sin legitimation återkallad är enligt 6 § första stycket behörighetslagen inte längre behörig att utöva sitt yrke. Överträdelse av förbudet kan medföra straff enligt 10 § i lagen. Innan legitimationen återfås kan därför registrering som alternativmedicinsk yrkesutövare inte medges. Det är däremot inget som hindrar, att en utbildad läkare eller tandläkare som aldrig erhållit legitimation registreras som alternativmedicinsk yrkesutövare.

Medicinsk basutbildning uppställs inte som krav för alternativmedicinsk verksamhet. Registreringen ger emellertid – enligt vad som framgår av 4 § – den som blivit registrerad rätt att använda beteckningen registrerad alternativmedicinsk yrkesutövare vid marknadsföringen. I viss utsträckning ger utbildningen också ensamrätt till alternativmedicinsk behandling av barn under femton års ålder (se 6 §).

4 § I verksamhet på hälso- och sjukvårdens område får inte någon obehörigen ge sig ut för att vara registrerad alternativmedicinsk yrkesutövare.

Paragrafen saknar motsvarighet i 1960 års lag.

Yrkesbeteckningen registrerad alternativmedicinsk yrkesutövare ges i paragrafen rättsligt skydd. Av 8 § framgår, att den som bryter mot bestämmelsen kan dömas till böter.

5 § I lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. finns bestämmelser om ansvar för den som obehörigen använder yrkestitel eller betecknar sig legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården.

I förhållande till 9 § i 1960 års lag innebär bestämmelsen inte någon ändring i sak. Begreppet tandvård inkluderas dock numera i begreppet hälso- och sjukvård (se prop. 1984/85:79 s. 53 f).

I paragrafen hänvisas till de straffbestämmelser som skyddar vissa yrkesbeteckningar i hälso- och sjukvården. Bestämmelsen syftar till att klargöra för den som bedriver verksamhet enligt den föreslagna lagen, att han inte får ges sken av att besitta sådan kompetens som avses i behörighetslagen.

Inskränkningar i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område

6 § Den som mot ersättning utövar verksamhet på hälso- och sjukvårdens område får inte undersöka eller behandla barn under femton års ålder. Den som har registrerats som alternativmedicinsk yrkesutövare får dock undersöka eller behandla barn över tre års ålder, om barnet har regelbunden läkarkontakt och läkaren har vetskap om den alternativmedicinska undersökningen eller behandlingen. Barnet eller den som har vårdnaden om barnet får inte uppmanas att avstå från den behandling som läkaren ordinerat.

Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen får till skydd för enskilda föreskriva att den som mot ersättning utövar verksamhet på hälso- och sjukvårdens område inte får behandla vissa sjukdomar eller använda vissa metoder.

De förbud mot viss verksamhet på hälso- och sjukvårdens område som föreskrivs i denna paragraf tar sikte endast på verksamhet som bedrivs mot ersättning. Verksamhet som bedrivs utan att ersättning begärs eller erhålls har bedömts inte innefatta sådana risker att det är nödvändigt att förbjuda

verksamheten. Frågan har behandlats utförligt i den allmänna motiveringen, avsnitt 3.5.

Vad som avses med verksamhet på hälso- och sjukvårdens område framgår av 1 och 2 §§.

Första stycket motsvarar delvis 2 § c i 1960 års lag. Bestämmelsen avgränsar, när det gäller undersökning och behandling av barn, det tillåtna området för den som mot ersättning utövar alternativmedicinsk verksamhet eller annan verksamhet enligt lagförslaget. Förbud föreskrivs generellt för undersökning eller behandling av barn under femton års ålder. Detta förbud gäller emellertid inte dem som har registrerats enligt 3 §. Med hänsyn till de betänkligheter som är förknippade med en sådan verksamhet, har tre villkor uppställs även för dem som har registrerats. Barnet skall ha regelbunden läkarkontakt i anledning av den aktuella sjukdomen eller skadan, läkaren skall ha vetskap om den alternativmedicinska undersökningen eller behandlingen och en alternativmedicinsk behandlare får inte uppmana barnet eller den som har vårdnaden om barnet att avbryta den behandling som läkaren ordinerat.

Hur det i ett visst fall skall visas att dessa villkor iakttagits får avgöras vid rättstillämpningen. Det bör dock inte krävas, att läkaren utfärdar intyg härom. Det finns nämligen anledning att räkna med, att en direktkontakt mellan t.ex. den alternativmedicinske yrkesutövaren och läkaren kommer till stånd i många fall.

Andra stycket motsvarar delvis 2 § a) och e) samt 3 § i 1960 års lag.

Genom bestämmelserna kan vissa generella inskränkningar i möjligheterna att utöva alternativmedicinsk verksamhet beslutas. Inskränkningarna avser vissa sjukdomar och vissa metoder. De är, när det gäller sjukdomar, begränsade till behandling men omfattar beträffande metoderna såväl förebyggande, utredande som behandlande åtgärder. Till skillnad från regleringen i den gällande lagen anges dock inte här vilka sjukdomar och metoder som undantagits från alternativmedicinsk verksamhet och annan verksamhet enligt den föreslagna lagen. Det överlämnas i stället till regeringen att bestämma mer i detalj om vad som bör vara undantaget från sådan verksamhet. Uppgiften får överlämnas till socialstyrelsen. Kommitténs förslag, när det gäller vilka sjukdomar och metoder som främst bör komma i fråga, framgår av den allmänna motiveringen, avsnitt 3.3.3 och 3.3.4.

Överträdelse av förbudet har straffbelagts i 8 §.

Det är, som framgår av 1 §, avsikten med behandlingen som är avgörande. Det fordras följaktligen inte, att den som söker behandling verkligen lider av den sjukdom som behandlingen riktar sig mot och som inte får behandlas. Det är tillräckligt, att den som vidtar åtgärder syftar till att behandla en sådan sjukdom som han förbjudits, för att ansvar skall kunna komma i fråga.

Bemyndigandet innefattar endast sjukdomar och metoder. Det är därför inte möjligt att med stöd av bemyndigandet föreskriva inskränkningar i t.ex. verksamhetens inriktning. Kommittén har i den allmänna motiveringen (avsnitt 3.3.4) framhållit, att några förbud som motsvarar förbudet i 2 § d) i den gällande lagen om s.k. brevkvacksalveri eller förbudet i 4 § om kringresande från ort till annan inte längre erfordras. Förslaget till den nya lagen innehåller inte heller någon motsvarighet till förbudet i 5 § första stycket i den gällande

lagen, där utländska medborgare utesluts från möjligheten att mot ersättning bedriva verksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Tillsyn

7 § Socialstyrelsen har tillsynen över efterlevnaden av denna lag samt föreskrifter och villkor som har meddelats med stöd av denna lag.

Bestämmelsen har inte någon direkt motsvarighet i 1960 års lag. Där finns emellertid i 9 § i den lagen en möjlighet för socialstyrelsen att under vissa omständigheter förbjuda verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Denna möjlighet föreslås inte bibehållen i den nya lagen.

Av den allmänna motiveringen i kap. 9 framgår bestämmelsens närmare innehåll.

Ansvar

8 § Den som bryter mot någon av bestämmelserna i 4 eller 6 § döms till böter.

Bestämmelsen motsvarar delvis 7 § i 1960 års lag. Det straffbelagda området har dock här givits en betydligt snävare omfattning än i gällande rätt. Enligt kommitténs mening bör det skydd för farlig verksamhet som ges i 3 kap. 8 och 9 §§ brottsbalken vara tillräckligt även på hälso- och sjukvårdens område.

Ytterligare föreskrifter

9 § Regeringen bemyndigas att meddela ytterligare föreskrifter enligt denna lag. Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.

I denna paragraf bemyndigas regeringen att meddela de ytterligare föreskrifter som kan behövas i de frågor som avses i lagen. Regeringen ges rätt att överlåta åt socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.

Övergångsbestämmelser

1. Denna lag träder i kraft den . . .
2. Genom lagen upphävs lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område.
3. Om det i en lag eller i en författning som har beslutats av regeringen hänvisas till en föreskrift som har ersatts genom en föreskrift i denna lag, tillämpas i stället den nya föreskriften.

Genom punkt 3 klargörs hur eventuella, kvarstående hänvisningar till föreskrifter som ersätts genom föreskrifter i den nya lagen skall tydas. Det finns nämligen anledning att räkna med, att det kan bli svårt att i ett sammanhang se över sådana hänvisningar som kan förekomma. Stråvan bör dock givetvis vara, att man under följdlagstiftningsarbetet ser över dessa hänvisningar och anpassar dem till den nya lagen innan den träder i kraft.

I övrigt har några särskilda övergångsbestämmelser inte ansetts behövliga.

11.2 Förslaget till lag om ändring i läkemedelsförordningen (1962:701)

I paragrafens första moment definieras begreppet läkemedel. Från den generella definitionen görs i 2-4 mom. vissa undantag från förordningens tillämpningsområde. I 3 mom. undantas för närvarande, om inte socialstyrelsen i särskilt fall bestämmer annat, dels vissa homeopatiska medel, anmälda naturmedel samt mineralvatten, mineralkällsalter, fruktsalter och sådana för munhåla eller svalg avsedda pastiller och liknande beredningar, som inte innehåller annat än vad som enligt livsmedelslagen eller med stöd av denna utfärdade bestämmelser får ingå i konfektyrer. Från tillämpningen undantas också under vissa förutsättningar sårslavor, inandningsoljor, antiseptiska lösningar, liniment och liknande.

1 § 3 mom. första stycket

Av den allmänna motiveringen, avsnitt 6.1.6, framgår att den nuvarande regleringen av naturmedlen skärps på sådant sätt, att ett medel kan undantas från förordningens tillämpningsområde endast om dess användningsområde angivits. Detta betyder – till skillnad från vad som gäller enligt den gällande bestämmelsen – att produkten i sig inte undantas utan undantas vid viss avsedd användning.

1 § 3 mom. andra stycket

Förslaget innebär, att förteckningen över de medel som undantas från läkemedelskontrollen utvidgas med antroposofiska medel. Av den allmänna motiveringen (avsnitt 6.3.4) framgår, att medlen endast kan undantas om betryggande erfarenhet föreligger genom längre tids användning i fråga om att medlet inte medför hälsorisker för människor vid normalt bruk. Av den allmänna motiveringen i avsnitt 6.3.4 framgår vidare, att någon egentlig marknadsföring av medlen inte avses förekomma. Medlens användningsområde behöver därför inte särskilt anges. Anmälningsplikt till socialstyrelsen har införts på motsvarande sätt som för naturmedel samt dessutom för den läkare som avser att ordinera medlet.

12 Vad är alternativ medicin?

12.1 Folkmedicin och skolmedicin

Fram till mitten av 1800-talet var i stort sett all medicinsk verksamhet folkmedicin eller traditionell medicin. Den akademiska medicinen som växte fram i Sverige under 1600-talet var mycket teoretiskt inriktad. De få utbildade läkare som fanns här i landet vid den tiden och ett par århundraden framåt hade en behandlingsarsenal som till stor del bestod av folkmedicinska universalmetoder såsom åderlåtning och lavemang. Det stora flertalet av befolkningen hade heller inte tillgång till de få läkare som fanns – huvudsakligen i städerna – utan nyttjade vanligtvis fortfarande lokala botares eller andra behandlares tjänster.

Hälso- och sjukvårdens struktur formades framför allt under 1700-talet, men det var först vid mitten av 1800-talet som den naturvetenskapligt orienterade medicinen växte fram och började praktiseras i form av nya – och ibland effektivare – metoder för diagnostik och behandling. Från och med nu utvecklades den officiella hälso- och sjukvården för sig, medan den gamla folkmedicinen minskade allt mer i betydelse.

Under det senaste århundradet, och framför allt under de senaste decennierna, har en rad mer eller mindre nya behandlingsformer vuxit fram utanför den etablerade vården och delvis även utan beröringspunkter med den gamla folkmedicinen. Den alternativa medicinen har blivit en företeelse av ökad omfattning och betydelse.

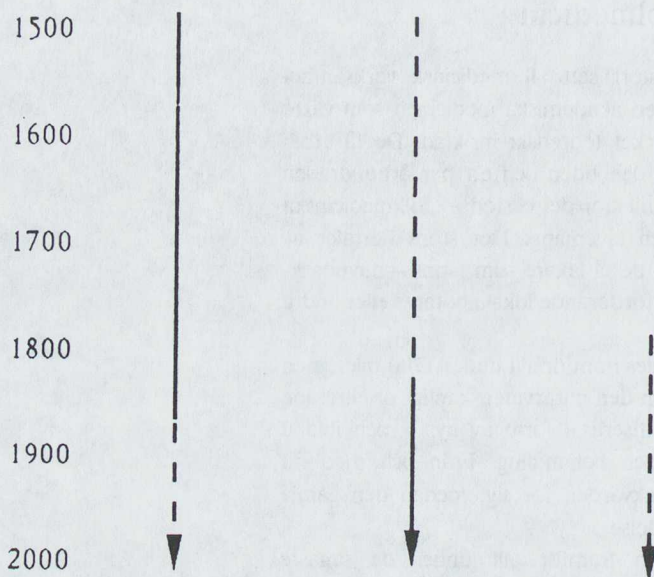
Utvecklingen ser i grova drag ut som figuren nedan visar: den traditionella folkmedicinen har, särskilt under de senaste 100 åren, ersatts av den naturvetenskapligt orienterade medicinen, även kallad skolmedicin, som i sin tur på senare tid har fått konkurrens från en ny slags folkmedicin - den alternativa medicinen. Heldragen linje markerar den dominerande medicinska inriktningen under århundradenas lopp.

Medicinska riktningar i Sverige

Folkmedicin

Skolmedicin

Alternativ medicin



12.1.1 Folkbotare och läkare

Mycket av den folkliga läkekonsten i Norden härstammar från den fornnordiska asatron och shamanismen. Oden var den främste läkedomsgudomligheten. Sjukdomarna ansågs främst orsakade av sjukdomsandar och trollkunniga personer. Även botemedlen var baserade på magisk grund. Man använde sig av "trollramsor", särskilda runinskrifter och andra rituella metoder för att driva ut det onda. Förutom dessa magiska metoder använde man sig också av behandlingsmetoder baserade på mer handfast erfarenhet, såsom örtmediciner. Läkekonsten har genom tiderna utövats av shamaner, völvor (kvinnor kunniga i sejdutövning, en form av extatisk gruppsång som ansetts medverka vid sjukdomsbot), folkliga botare (s.k. kloka gubbar och gummor) och vanligt folk i hemmen. Folkmedicinen har förts vidare främst via en muntlig berättartradition. Så småningom tillkom nya yrkeskategorier som i större eller mindre utsträckning ägnade sig åt olika former av sjukvård, såsom bardskärer (barberare), kirurger, badare, präster och läkare.

På medeltiden försökte de kristna prästerna bekämpa den nordiska heden- domen och folkliga läkemagin. De mörkare sidorna av den verksamheten var

medverkan vid häxprocesser, där – bland andra – många läkekunniga kvinnor brändes på bål. Under de värsta åren 1668–1677 avrättades 240 personer i Sverige för olika former av trolldom, varav större delen kvinnor. Så sent som i början på 1700-talet brändes även samer till döds för att de inte gav upp sin traditionella tro.

En mer positiv följd av kristendomens utbredning var att munkarnas kunskap om läkeörter spreds från klostren till allmogen. Klostren tog också hand om fattiga och sjuka. Gustav Vasa drog dock in den katolska kyrkans tillgångar till staten, och efter reformationen 1527 lades klostren ner. Därmed upphörde också den sjukvård som bedrivits där. År 1605 gjordes ett försök att skilja fattigvård från sjukvård, och man placerade fattiga och sjuka på skilda inrättningar. På hospitalen för de sjuka ägde ingen egentlig behandling rum, förutom den allmänna omvårdnaden. Den ansvarige predikanten stod vanligen för både den andliga och kroppsliga vården. En följd av att kristendomen tog över hedendomen blev att de tidigare hedniska magiska botemetoderna byttes ut mot mer kristna sådana, såsom böner, besvärjelser, djävulsutdrivning (exorcism) och helbrägdagörelser. Från 1600-talet och ett par århundraden framåt fick många präster en grundläggande utbildning i hälso- och sjukvård. Man använde sig då mest av örtmediciner, bön och heliga sakrament. Under 1700-talet var bristen på läkare så stor att även prästernas sjukvårdskunnande togs i anspråk av myndigheterna.

Det var först på 1500-talet som utländska läkare började komma till Sverige, och då framför allt till hovet och andra välsituerade medborgare. De akademiskt utbildade läkarna i Europa, som till en början endast erhöll undervisning i invärtes medicin, fick hög status, och klyftan ökade mellan dem och andra som höll på med någon form av läkekonst såsom kirurger, bardskärer och badare, som bl.a. ägnade sig åt åderlåtning, koppning och tandutdragning.

Ända fram till mitten av 1800-talet hade medicinens och kirurgins yrkesmän skild utbildning och olika arbetsuppgifter. Bakom denna åtskillnad mellan medicinerna och kirurgin låg ett kyrkligt påbud från år 1215 om att munkarna inte fick befatta sig med kirurgi. Dessutom ansågs den praktiska kirurgin inte värdig att rymmas inom den akademiska världen; andens arbete ansågs finare än handens arbete.

Bardskärernas skrå bildades 1496, och fram till mitten av 1600-talet var denna yrkesgrupp den enda fast organiserade vårdkategorin. År 1663 bildades Collegium Medicorum (senare Collegium Medicum) – en föregångare till vår tids socialstyrelse – av läkarskrået med syfte att bl.a. reglera läkarnas versamhet och, som man sade, motarbeta den oordning och det missbruk som dittills karakteriserat läkekonstens utövning i Sverige. Under 1700-talet inrättades de första lasaretten i landet, där man till en början ägnade sig mer åt kirurgi än medicinsk vård och behandling.

Mot slutet av 1800-talet – brytningspunkten brukar anges till 1860 – började den naturvetenskapliga medicinerna att utvecklas i rask takt. Nu började på allvar medicinens utveckling bort från folkmedicinens medel och metoder. Nu påbörjades också den specialisering av medicinerna som lett till att den i dag har ett femtiotal specialiteter, såsom psykiatri, obstetrik osv. Sjukvårdens utveckling har beskrivits med orden "först institutioner, sedan yrkeskategorier

och därefter vårdinnehåll" (R Å Gustafsson, 1988).

År 1813 omorganiserades Collegium Medicum till Sundhetscollegium som år 1878 blev kungliga medicinalstyrelsen, och år 1968 sammanslogs denna med dåvarande kungliga socialstyrelsen och medicinalstyrelsens sjukvårdsberedskapsnämnd till en ny socialstyrelse.

Efter den stora författningsreformen och de nya kommunallagarnas tillkomst på 1860-talet fördes sjukhusverksamheten vid kroppssjukhus över på landstingen. Den centrala kvalitetskontrollen behölls dock av staten och förstärktes. Sundhetscollegium fick utöver granskning av sjukhusrapporterna även inspektionsrätt. Lasarettsläkaren blev den ansvarige styresmannen och svarade för vårdens ändamålsenliga och behöriga handhavande.

Efter 1860-talet ökade antalet lasarett, som hade en uppdelning på specialiserade avdelningar med t.ex. medicin, kirurgi och obstetrik och ibland ytterligare specialiteter av ett tiotal etablerade. När sjukhusverksamheten började förekom inte någon öppenvårdsverksamhet vid sjukhusen. Sådan verksamhet kom inte heller i fråga så länge läkaren inte hade sin egentliga verksamhet förlagd till dessa. Lasarettsläkaren hade visserligen en egen mottagning, men den ägde i huvudsak rum utanför sjukhusen.

Vid 1915 fanns det i hela landet ca 1 400 utbildade läkare. Antalet "kvacksalvare" beräknades vara knappt 150. Detta år infördes förbud för alla utom läkare att i förvärvssyfte utöva läkekonsten, även om straff endast kunde utdömas om den obehöriges behandling medfört fara till liv eller hälsa. Med den här lagen ville man ingripa mot yrkesmässigt kvacksalveri, men samtidigt låta den lekmanverksamhet fortsätta, som bedrevs i liten skala på landsbygden, där det var långt till närmaste läkare. I samband med lagen delade man in kvacksalveriet i tre kategorier: 1. De som ägnade sig åt läkarverksamhet bland de närmast boende, 2. Kvacksalveri som "geschäft", och 3. Homeopater. Homeopatin hade kommit till Sverige redan år 1820, och utövades av såväl läkare som lekmän. Behandlingsformen hade dock angripits mer eller mindre kraftfullt från olika håll ända sedan den kom till landet, och den år 1912 bildade homeopatiska läkarföreningen finns ej längre. I dag utövas homeopati nästan uteslutande av icke läkare.

Under 1930-talet påbörjades en förändring av hälso- och sjukvården, som dock tog fart först efter andra världskriget. Genom 1928 års lagstiftning ålades landstingen skyldighet att "ombesörja sluten vård om ingen annan drog försorg därom". Epidemisjukhusen hade förts till landstingen med början redan år 1919. Delningen av lasaretten hade påbörjats under årtionden dessförinnan. Utvecklingen gick snabbt under 1950- och 60-talen och specialiseringen nådde även de mindre sjukhusen.

Vid mitten av 1900-talet arbetade en statlig kommitté med att åter se över regleringarna av kvacksalveriet. Denna gång kom man fram till att antalet kvacksalvare i landet var ca 500, av vilka 180 antogs ha verksamheten som huvudsyssla. Som kvacksalvare räknades vid den här tiden bl.a. ortopedier, hudspecialister, skönhetspecialister, talpedagoger, psykoterapeuter och psykoanalytiker, förutom mer traditionella kategorier såsom homeopater (vid den här tiden ca 300 till antalet) kiropraktorer (46) och "kloka gubbar och

gummor" (44). Utredningen påpekade att siffrorna kunde vara något i underkant. Antalet läkare år 1950 var 4 900.

12.1.2 Senare utveckling av hälso- och sjukvården

Totala antalet vårdplatser för kroppssjukvård ökade endast med ett par hundra under 1950-talet och var oförändrat ca 49 000 under 1960-talet. Under vartdera av dessa decennier minskades emellertid antalet vårdplatser för lungsjukvård och infektionsvård med ca 4 000, huvudsakligen till följd av avvecklingen av fristående sanatorier och epidemisjukhus. För de egentliga lasarettens del var ökningen ca 10 procent under denna period.

Landstingen hade successivt blivit huvudmän för praktiskt taget all hälso- och sjukvård. Vården av kroniskt sjuka betraktades under förra hälften av 1900-talet som ett led i fattigvården i den mån inte anhöriga kunde svara för den sjuke. Successivt ändrades detta synsätt, och som en konsekvens av en reform av ålderdomshemsvården ålades landstingen år 1951 vården av kroniskt kroppssjuka, dvs. i stort sett vad som nu benämns långtidssjukvård. Utbyggnaden av vårdplatser för detta ändamål hade hos landstingen börjat i mindre skala redan tidigare och fortsatte under 1950-talet. År 1960 fanns ca 18 000 vårdplatser för långvarigt kroppssjuka.

Öppenvårdsverksamheten vid sjukhusens mottagningar, som till en början var läkarens privata verksamhet, fick efterhand mycket stor omfattning. Genom 1959 års sjukhuslag överfördes ansvaret för all öppen vård vid sjukhusen till sjukvårdshuvudmännen.

Ett viktigt uttryck för den systematisering av vårdnivåer, som påkallades av den fortskridande medicin-tekniska utvecklingen och kostnadsökningen, utgjordes av regionsjukvårdsutredningen och dess år 1960 genomförda förslag om indelning av landet i 7 regioner med vardera ett s.k. region-sjukhus.

Den sjukhuslag och sjukhusstadga, som trädde i kraft år 1960, kan betraktas som en övergångsreglering. Den sökte skapa en samlad lagstiftning på sjukhusområdet, bl.a. specificerades här landstingens ansvar för långtidssjukvården.

Den pågående integrationen mellan öppenvården och sjukhusens verksamhet föranledde en omarbetning av sjukhuslagen, som år 1963 trädde i kraft i form av en ny sjukvårdslag. Med denna lag övertog landstingen ansvaret för öppen läkarvård utanför sjukhus. Den hade dittills bedrivits av staten genom provinsialläkare och av de större städerna genom stadsdistriktsläkare.

Landstingen hade före år 1967 svarat för vissa begränsade uppgifter inom den psykiatriska vården, men det fulla ansvaret för vården av psykiskt sjuka ålades inte landstingen förrän detta år. Då överfördes huvudmannaskapet för den av staten drivna mentalsjukvården till landstingen. Från detta år har således sjukvårdshuvudmännen haft det samlade ansvaret för all hälso- och sjukvård i landet med undantag av de statliga sjukhusen – Karolinska sjukhuset och Uppsala Akademiska sjukhus – som kommunaliserades först år 1982 och 1983.

År 1920 fanns det 627 läkare i Sverige. År 1940 hade de ökat till 2 347, varav mindre än en tredjedel var verksamma på sjukhustjänster. År 1960 fanns det 5 300 och 1987 18 650 läkare verksamma enbart inom den of-

fentliga vården.

Under de senaste årtiondena har hälso- och sjukvården genomgått en snabb utbyggnad. Kostnaderna för denna verksamhet uppgår i dag till över 100 miljoner kronor. Detta svarar mot ca 9 procent av bruttonationalprodukten år 1987 – jämfört med ca 4 procent år 1960. Omkring 450 000 personer arbetar i dag inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorgsvård jämfört med ca 125 000 för 25 år sedan.

Under 1960- och 70-talen koncentrerades insatserna inom hälso- och sjukvården på att förbättra och bygga ut sjukhusresurserna. Vid en internationell jämförelse är tillgången på slutenvårdsplatser mycket hög i Sverige samtidigt som antalet läkarbesök i öppen vård är relativt lågt.

Vårdpolitiken har under de senaste decennierna varit inriktad på att få till stånd en ändrad struktur av hälso- och sjukvården. Primärvården har därvid stått i förgrunden på ett annat sätt än tidigare. En utbyggnad av öppen vård vid vårdcentraler och sjukhems- samt hemsjukvård har prioriterats samtidigt som den slutna somatiska korttidsvården har ålagts en större återhållsamhet. Även inom den privata psykiatriska vården har öppna vårdformer prioriterats. Innehållet i vårdverksamheterna förändras successivt. Det finns en strävan att allt starkare profilera vårdarbetet mot förebyggande insatser samt att ge det en offensiv hälsopolitisk prägel. Därmed menas att hälso- och sjukvården skall ägna sig inte bara åt att utreda och behandla redan uppkomna sjukdomar och skador utan även åt att förebygga ohälsa samt att på annat sätt främja hälsan bl.a. genom att försöka påverka andra samhällssektorer att ta bort eller minska konstaterade sjukdoms- och skaderisker.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som tillkom år 1982 och är en målinriktad ramlag, gav landstingskommunerna ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa, men också större frihet för sjukvårdshuvudmännen att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Människors anspråk på hälso- och sjukvård har ökat. Man kräver i dag ett utvidgat stöd för samhället för att man skall kunna vidmakthålla vad som uppfattas som en god hälsa och få en god vård. Likaså har synen på vad som är hälsa förändrats. Hälsa uppfattas i dag som ett positivt begrepp som inte bara innebär frånvaro av sjukdom eller skada. Människors intresse för hälsofrågor och livsföringens betydelse för den egna hälsan utgör i dag en grund för ett aktivt engagemang från hälso- och sjukvårdens sida i det förebyggande och hälsobefrämjande arbetet.

12.2 Alternativa terapier kommer till Sverige

Under det senaste århundradet har den traditionella nordiska folkmedicinen hamnat i skymundan. Hälso- och sjukvården, samt på senare tid även den nyare alternativmedicinen, har tagit över marknaden. Trots detta finns här än idag kotknackare, ledslitare, samiska botare och andra klassiska folkbotare i form av "kloka gubbar och gummor", även om de inte är så många till antalet.

Den nordiska folkmedicinen och senare även läkarmedicinen har under

tidens gång influerats mycket av idéer och metoder från andra länder. Dagens alternativa terapier har också till största delen kommit till Sverige från andra länder och världsdelar. Här ska mycket kortfattat några av de strömningar presenteras, som fört med sig alternativa terapiformer.

Redan vikingarna lärde sig under sina resor i öst en del om örtmedicin och konsten att bada bastu. Klosters örtdedicinska kunnande spred sig till allmogen. De mellaneuropeiska medicinska baden introducerades här på 1600-talet. Så småningom kom bl.a. även mesmerismen med sina "magnetiska strykningar" och hypnotiska inslag hit från Frankrike, homeopatin från Tyskland år 1820, den tyske pastorn Kneipp's badkurer och olika former av behandling med elektricitet. Kiropraktiken kom från USA år 1910, och på 1930-talet spred sig en våg av mer eller mindre trovärdiga religiösa helbrägdagörelser över landet vid extatiska tältmöten.

På 1930-talet blev även psykoterapi ett begrepp i Sverige, och då främst Sigmund Freuds psykoanalys. Psykoterapeuter och psykoanalytiker betraktades så sent som på 50-talet officiellt som kvacksalvare. Det dröjde ända till 70-talet innan psykoterapi – till en början liktydigt med psykoanalys – blev en erkänd behandlingsmetod. Statlig legitimation för psykoterapeuter infördes år 1985. Idag finns många olika sorters psykoterapi representerade i Sverige, varav merparten fortfarande återfinns inom den alternativa sektorn.

Det var också på 30-talet som den svenska hälso- och frisksportrörelsen växte fram efter impulser från den vegetariska rörelsen i England. Den finländske författaren Are Waerland kom till Sverige och propagerade för en vegetarisk kost främst bestående av råkost, motion, frisk luft, avståndstagande från alkohol och tobak m.m. Vid mitten av 40-talet öppnades landets första hälsohem där man behandlade olika sjukdomar enligt de waerlandska principerna. Man byggde också vidare på en tradition hämtad från Mellaneuropa med kurorter, där vatten – såväl invärtes som utvärtes – var det främsta hälso- och botemedlet. Under 1960- och 70-talen växte hälsohemsverksamheten, och idag finns ett femtiotal hälsohem över hela landet som praktiserar olika former av biologisk medicin: vegetariska dietprogram, fasta, vatten- och badterapi, örtmedicin, massage m.m.

Under 1960- och 70-talen föddes hos många människor en ökad medvetenhet om miljöfrågor, politiska förhållanden, könsrollsproblem och hälsoproblem och deras inbördes samband. Inom kvinnorörelsen uppstod självhjälpgrupper, där kvinnor tillsammans tog reda på hur deras kroppar fungerade och vad de själva kunde göra åt de specifika kvinnoproblemen som ett led i att återta kontrollen över sina egna liv. Miljö- och hälsomedvetandet medförde också ett ökat intresse för naturenligt odlad mat och alternativa sätt att behandla sjukdomar på. Människor började söka efter metoder för förebyggande hälsovård och sjukdomsbehandling som inte krävde kemiska medel, avancerade tekniska hjälpmedel och expertkunskaper; man sökte metoder som skulle kunna utövas av alla och envar. Bortsett från inhemska traditioner i örtmedicin och tidigare importerade principer för ett vegetariskt kosthåll, fann man dessa alternativa metoder i andra länders traditionella medicinska system eller i nyare metoder från övriga Europa och USA. Akupunktur och akupressur, zonerapi, kroppsbalansering, olika former av massage, psykoterapi för självhjälpgrupper m.m. kom till Sverige.

Den senaste tiden har ett ökat intresset för religiösa och andliga frågor kunnat märkas. Den svenska kyrkan och det andliga klimatet i Sverige har av många uppfattats som alltför tråkigt och innehållslöst och har lett till att intresset riktats mot andra kulturer och religioner. Från Indien har yoga och meditation hämtats. Även andra orientaliska system för att harmonisera kropp, själ och ande praktiseras i Sverige idag. Några exempel är T'ai Chi Ch'uan, en form av rörlig meditation från Kina, och zen-meditation och olika massage-system från Japan. Intresset för indiansk shamanism och medicin samt utökade kontakter mellan samer och andra "urinnevånare" har lett till att även den samiska och den fornnordiska shamanismen och asatron åter ser dagens ljus, och att urgamla botemetoder används igen.

Under 1970-talen blev New Age – Den nya tidsåldern – ett begrepp i USA och sedermera även i Europa. Den blev den övergripande beteckningen på många olika slags nya alternativrörelser – från alternativ odling till alternativ medicin och alternativ energiteknik – som också lade tonvikt på livets andliga innehåll. Några nyckelord i New Age är självförvaltning, småskalighet, helhetssyn, ekologi och internationell samverkan. New Age-begreppet används som en sammanhållande rubrik på alla dessa företeelser, inklusive många av de nya alternativa behandlingsformerna (i USA använder man dock numera snarare New Age som en nedsättande benämning på flummigt folk som fastnat i det andliga och inte kommit vidare i praktisk samhällstillvänd handling). Många terapier som utvecklats främst vid den amerikanska västkusten har under de senaste decennierna kommit till Sverige. Exempel på en terapiform som knyter an till New Age är den transpersonella psykoterapi, som lägger stor vikt vid människans andliga upplevelser och utveckling.

De internationella kommunikationerna och utbytet människor och kulturer emellan har ökat enormt på senare tid. Det har bl.a. lett till att man dels håller fast vid och tydliggör de egna kulturella särdragen, såsom de manifesterar sig exempelvis i ett medicinskt system – för att rädda vad som räddas kan – och dels till att många "nya" behandlingsformer utvecklas på basis av olika medicinska rötter – korsbefruktningarna är många inom den alternativa medicinen. I dag finns i Sverige dryga 200 alternativa terapiformer representerade, och antalet ökar för varje dag.

12.3 Alternativ medicin i Sverige i dag

Det har hittills inte funnits någon samlad information om vad som rymms inom den alternativa medicinen i Sverige. I direktiven för alternativmedicinkommitténs arbete angavs som en arbetsuppgift att göra en kartläggning av vilka alternativa metoder för hälso- och sjukvård som förekommer i Sverige idag. Uppdraget gavs åt Motzi Eklöf, och resultatet av hennes inventering från 1987-88 publiceras som en separat bilaga till detta betänkande med titeln "Alternativa terapier i Sverige". Denna rapport är den första i sitt slag här i landet och ger en bred översikt över det alternativmedicinska området samt information om de olika alternativa terapiformerna. Här följer en sammanfattning av kartläggningen av den alternativa medicinen i Sverige.

12.3.1 En översikt

Begreppet alternativ medicin är relativt. Vad som betecknas som alternativt respektive icke-alternativt eller etablerat varierar beroende på vilket historiskt, geografiskt och kulturellt perspektiv man har.

Det som i dag kan betecknas som alternativ medicin i Sverige har olika rötter: i den inhemska folkmedicinska traditionen, i utländska terapisystem med en annan kulturell inramning eller i nyare teorier om människans beskaffenhet. Det som idag är alternativ medicin i Sverige kan vara officiellt accepterat och etablerat i andra delar av världen, särskilt i de länder som fortfarande har en stark och levande traditionell medicin, t.ex. Indien och Kina. Det är främst i länder där den konventionella västerländska medicinen dominerar, som i Sverige, som många nya alternativa behandlingsmetoder har introducerats och fått fotfäste. Hälso- och sjukvården har här i landet också tagit till sig vissa metoder från den alternativa medicinen, såsom akupunktur och mental träning. Gränsen mellan alternativt och etablerat terapi är inte knivskarp, och den förändras under tidens gång.

Det är framför allt under senare decennier som en lång rad nya terapier har introducerats i Sverige. Många av dem kommer från USA. Även andra världsdelars traditionella medicinska system har spritts till västerlandet, såsom den indiska och kinesiska medicinen med meditation och akupunktur som de mest kända och utövade metoderna; även dessa terapisystem har till stor del tagit vägen över USA innan de kommit hit.

Enligt kartläggningen av den alternativa medicinen i Sverige finns i dag drygt 200 terapiformer representerade i landet. De i omfattning vanligaste alternativa behandlingsformerna är kiropraktik, naprapati, akupunktur, homeopati, zonterapi, örtmedicin och annan naturmedicin. Förutom dessa allmänt kända alternativa terapiformer, som skulle kunna kallas för den klassiska alternativmedicinen, finns en mångfald ytterligare metoder för diagnostik, behandling och hälsovård som inte är inriktade på enbart kroppsliga problem, utan som även strävar efter psykisk och andlig hälsa.

Spännvidden är stor mellan de olika alternativa terapiformerna. Det finns terapier som bygger på relativt lättförklarliga mekanismer och andra som baserar sig på metafysiska tankegångar som normalt inte ryms i den konventionella medicinska begreppsvärlden. Flera metoder är i stort sett accepterade inom konventionell vård och behandling, medan andra betraktas med mycket stor skepsis från etablerat håll. Det finns allt från enstaka tekniker för diagnos eller behandling till mycket komplexa medicinska och filosofiska system med djupa historiska och fjärrkulturella rötter.

Arbetet med kartläggningen av alternativa terapier inleddes med att några urvalskriterier ställdes upp för vad som skulle kunna betraktas som alternativa metoder för hälso- och sjukvård i det här sammanhanget. Kort sagt har det som inte är etablerad hälso- och sjukvård betraktats som alternativt, utan att någon värdering lagts i ordet alternativt.

Med *alternativ metod för hälso- och sjukvård i Sverige* avses en metod:

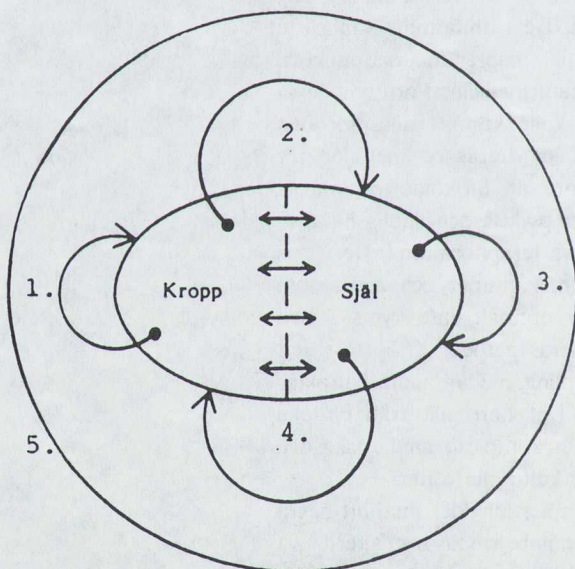
- för att diagnostisera, förebygga, behandla och/eller rehabilitera i syfte att främja hälsa och/eller att åtgärda sjukdom eller skada,

- som inte lärs ut som en arbetsmetod vid någon av de statligt godkända grundutbildningarna för medicinsk eller psykologisk vård- och behandlingspersonal i Sverige,
- som utövas i Sverige av personer som inte tillhör den etablerade hälso- och sjukvårdspersonalen med ovan nämnda skolning.

Med dessa kriterier som utgångspunkt visade det sig att ett par hundra olika metoder för hälso- och sjukvård kunde betecknas som alternativa. Dessutom finns det några gränsfall, som inte uppfyller det andra eller det tredje kriteriet, men som ansetts bära en sådan alternativ prägel att de ändå tagits med i materialet.

De alternativa terapiformerna kan beskrivas genom att de delas in i olika kategorier utifrån vissa gemensamma nämnare. I rapporten "Alternativa terapier i Sverige" delades metoderna in i kategorier utifrån schemat i figur 1 nedan: kroppsterapier, kroppsorienterad psykoterapi, psykoterapier och mental träning. Dessutom tillades healing-metoder samt en kategori för traditionella medicinska system, där den gemensamma nämnaren är en övergripande teori om människan och universum med djupa kulturella rötter.

Fig. 1: Större kategorier alternativa behandlingsmetoder



1. Kroppsterapi

- metoder som huvudsakligen utgår från kroppen för att påverka fysiska problem.
- metoder som huvudsakligen utgår från kroppen för att påverka psykiska problem.

2. Kroppsorienterad psykoterapi

- metoder som använder sig av kroppen för att påverka psykiska/ själsliga problem.

3. Psykoterapi

- metoder som huvudsakligen utgår från psyket/själén för att påverka psykiska/själsliga problem och dess manifestationer beteende.

4. Mental träning

- metoder som utgår från psyket för att påverka även kroppsliga problem.

5. Healing-metoder

- metoder som på uttalat energetisk väg griper in både på det psykiska/själsliga och fysiska planet.

Kategoriseringen presenterades med flera reservationer. Bland annat påpekades att indelningen gjorts med ledning av vad som befunnits vara de olika metodernas mest utpräglade drag, vilket inte nödvändigtvis är detsamma som den allmänna egenskapen. Läsaren av nedanstående förteckning bör alltså ha i åtanke att många metoder säkert skulle passa in under flera olika rubriker.

1. Kroppsinriktade metoder

- 1 A. Manuella behandlingsmetoder, huvudsakligen ämnade att korrigera störningar i rörelseapparaten:

Hellerwork
Kiropraktik
Naprapati
Osteopati

- 1 B. Manuella metoder för behandling av kroppens mjukdelar:

Intuitiv massage
Klassisk massage
Longering
Lomi-Lomi-metoden
Lymfdränage
Lymfmassage
Muskulering
Ortobionomi
Polynesisk cirkulationsmassage
Spiralmassage
Spädbarnsmassage
Venpumpterapi

- 1 C. Naturenliga metoder för att stärka kroppens självläkande förmåga:

Antroposofisk medicin
Aromaterapi
Bachs blomstermedicin
Bates seendeträning
Baunscheidt-metoden

Biologisk medicin
 Biopati
 Doftterapi
 Enderlein-metoden
 Fasta
 Floating
 Hawaiansk tarmrening
 Homeopati
 Hydroterapi
 Koppning
 Kostterapi
 Ledin-metoden
 Lerbehandling
 Naturopati
 Oljebehandling
 Purification Rundown
 Schüsslers vävnadssalter
 THX
 Vitamin- och mineralterapi
 Örtmedicin

1 D. Undersökning och/eller påverkan av fysiologiska processer med olika slags apparater:

Airmassage
 Bio Harmony
 Elektroterapi
 Jonterapi
 Kirlian-fotografering
 Laserterapi
 Ljudbehandling
 Ljusbehandling
 Magnetterapi
 Pendling
 Prima Vera
 Radiestesi
 Radionik
 Vakuumterapi
 Vega-test

1 E. Metoder för diagnostik och/eller behandling på reflexologisk grund:

Auriculoterapi
 Bindvävsmassage
 Fotzonerapi
 Irisdiagnostik
 Nasal reflexterapi
 Rayid-metoden
 Reflexologi
 Tandreflexologi

1 F. Kinesiologiska metoder:

Applied Kinesiology
 Applied Physiology
 Biokinesiologi
 Kroppsbalansering
 M.A.C. Kinesiologi
 Pedagogisk kinesiologi
 Tao-Key

1 G. Huvudsakligen rörelseterapi för att harmonisera kropp och själ:

Alexander-tekniken
 Body-Learning

Eurytmi
Eutoni
Feldenkrais-metoden
Kerstin Lindes rörelseträning
Mensendieck-träning
Psykotoni

2. (1) Psykoterapeutiskt orienterade metoder

2 A. Verbal terapi:

Analytisk trilogi
Auditering
Counselling
Enlightenment Intensive
Logoterapi
Loving Relationships Training
Neuro-Linguistic Programming
Prayer Counselling
Realitetsterapi
Transaktionsanalys

2 B. Konstpsykoterapier:

Bildterapi
Dansterapi
Konstterapi
Musikterapi

2 C. Tonvikt på andlig utveckling via transpersonella upplevelser:

Jungiansk terapi
Psykosyntes
STAR
Transpersonell terapi

2 D. Samhällsorienterad terapi och pedagogik:

Politisk terapi
Radikalpsykiatri
Socioanalys

3. (2) Kropporienterad psykoterapi

3 A. Manuell behandling och/eller rörelser för att upptäcka och lösa upp fysiska och psykiska blockeringar:

Aston-massage
Biodynamisk terapi
Bioenergetik
Body Harmony
Cranio-Sacral Terapi
Essential Integration
Inner massage
Kraniell stress-terapi
Kropporienterad psykoterapi
Livsenergi-terapi
Organismisk psykoterapi
Postural integration
Psykomotorisk behandling
Radix Intensive
Reichiansk terapi
Rolfing
Rosen-metoden

Trager-massage

3 B. Psykoterapi med betoning på känsloutlevelser och/eller gestaltning:

- Encounterterapi
- Est
- Forum
- Gestaltterapi
- Identitetsterapi
- Psykodrama
- Symboldrama

3 C. Tonvikt på återupplevande av tidiga fysiska och psykiska trauman, såsom födelsen:

- Djupterapi
- Holotropisk terapi
- Integrativ primalterapi
- Primalterapi
- Rebirthing
- Reinkarnationsterapi

4. Mental träning

- Affirmationer
- Autogen träning
- Biofeedback
- Hemi-synk
- Humorterapi
- Hypnoterapi
- Kvantterapi
- Meditation
- Psykohygienisk träning
- Silva Mind Control
- Visualisering

5. Healing-metoder

5 A. Healing människor emellan:

- Chakrabalansering
- Mahikari
- Polaritetsterapi
- Psykisk massage
- Reiki
- Religiös healing

5 B. Healing med hjälp av materiellt medium:

- Färgterapi
- Kristallterapi
- Vita Florum
- Ädelstensterapi

6. Traditionella medicinska system

6 A. Shamanska traditioner:

- Indiansk shamanism
- Nordisk shamanism
- Samisk shamanism

6 B. Indo-tibetansk filosofi och medicin:

Ayurvedisk medicin
Tibetansk medicin
Yoga

6 C. Kinesisk-japansk filosofi och medicin:

Akupressur
Akupunktur
Do-In
Energimassage
Jin Shin Do
Jin Shin Jyutsu
Ki-träning
Makrobiotik
Meridianmassage
Moxibustion
Qi gong
Shiatsu
Shin-Shin Toitsu Do
T'ai Chi Ch'uan

7. Diagnostiska metoder (varav en del nämnts tidigare under annan rubrik):

Håranalys
Indisk diagnostik
Irisdiagnostik
Kinesisk diagnostik
Kirlian-fotografering
Lüschers färgtest
Pendlig
Pulsdiagnostik
Radiestesi
Rayid-metoden
Tungdiagnostik
Vega-test

I "Alternativa terapier i Sverige" beskrivs var och en av de dryga 200 terapierna. Här ska vi bara ge ett sammandrag av avsnitten om några av de vanligaste och mer kända alternativa terapierna, såsom kiropraktik och homeopati.

12.3.2 Några vanliga alternativa terapiformer

Akupunktur

Akupunkturen kommer från den traditionella kinesiska medicinen som har flertusenåriga anor. Metoden innebär vanligen att nålar sticks in i kroppen på särskilda punkter. Ordet akupunktur kommer från de latinska orden acus (nål) och pungere (att sticka). Den traditionella akupunkturen används för förebyggande och behandling av en mångfald fysiska och psykiska problem.

Den traditionella kinesiska medicinens rötter sträcker sig 3–4000 år tillbaka i tiden. Den bygger på begrepp som yin och yang – livets två varandra motsatta men kompletterande aspekter eller energier – och de fem elementen: jord, metall, vatten, trä och eld, som brukar beskrivas som faser i en förändringsprocess; trä ger elden näring, vattnet kontrollerar elden osv. Varje element förknippas med en rad egenskaper och företeelser både i naturen och

i kroppen. Om ett element är för svagt eller dominant så rubbas balansen och sjukdomsyttningar visar sig, karakteristiska för respektive element och aspekt av yinyang. Hälsa råder vid harmonisk balans mellan yin och yang och de fem elementen, då livsenergin, benämnd chi eller qi, kan flöda fritt och vara livgivande.

För flera tusen år sedan upptäckte man i Kina att stimulering av vissa punkter på huden kunde påverka olika organ och funktioner i kroppen, och att man på detta sätt kunde reglera olika störningar. Utifrån den här erfarenheten sammanställde man en teori om ledningsbanor punkterna emellan, de s.k. meridianerna. I dessa kanaler flödar livsenergin. Chi finns överallt i kroppen, men är koncentrerad till meridianerna. Vid akupunkturpunkterna når energin kroppsytan och är mer tillgänglig för behandling. I dag används vanligtvis tunna nålar av rostfritt stål med ett handtag av koppar för att penetrera huden på dessa punkter.

Behandling inom den kinesiska medicinen går ut på att med olika medel söka korrigerar den störda energijämvikten: lösa upp energiblockeringar, leda bort överflöd av energi från vissa områden och leda överskott av energi till områden med för lite energi. Målet är att nå energetisk balans.

Akupunktur med nålar är en av flera behandlingsmetoder inom den kinesiska medicinen. Andra sätt är moxibustion (örtbränning på akupunkturpunkter), koppning, örtmedicin, massage, rörelseövningar och mental träning. I Sverige finns flera grenar av den kinesiska medicinen representerade, liksom även olika former av akupunktur eller behandling av akupunkturpunkter: akupressur (tryck på punkterna), öronakupunktur, elektro-akupunktur, laser-akupunktur, vakupunktur (med vakuüm], sonopunktur (med ljud) m.m.

Akupunkturen kom till Sverige på 1960-talet. Idag utövas akupunktur både av akupunktörer utanför hälso- och sjukvården och av viss legitimerad sjukvårdspersonal inom vården, men på olika sätt och på basis av skilda förklaringsmodeller.

Den etablerade medicinen här i landet accepterar i dag akupunktur som en metod för smärtlindring, då man i det fallet funnit ett sätt att förklara akupunktörens verkningsmekanismer med vedertagna fysiologiska termer. Akupunkturbehandlingen inom sjukvården utförs på grundval av sedvanlig diagnostik och kan betecknas som symtombehandling. Man erkänner inte den traditionella kinesiska medicinen. Den är däremot utgångspunkten vid såväl diagnostik som behandling för de akupunktörer som är verksamma utanför hälso- och sjukvården. Dessa akupunktörer anser att den akupunktur som utövas inom vården istället bör gå under beteckningen "nålterapi", då den har föga med kinesisk akupunktur att göra. Utanför sjukvården används akupunktur inte bara som en metod för smärtlindring, utan också som behandlingsmetod vid många olika sjukdomstillstånd och funktionsstörningar.

Kiropraktik

Kiropraktiken kom till Sverige på 1910-talet. Ordet kiropraktik kan härledas från grekiskans cheir och praxis och betyder gjort för hand eller manuell utövning. Det finns i dag olika sorters kiropraktik:

Kiropraktikens upphovsman är amerikanen Daniel David Palmer

(1845–1913). Han startade år 1895 den första organiserade utbildningen av kiropraktorer i USA; verksamheten övertogs sedermera av hans son. Palmer ansåg att störningar i ryggraden var orsaken till alla sjukdomar, och att dessa kan botas med en manipulation av ryggen. Han ansåg att felställningar av ledgångar i ryggraden (fixerade eller förskjutna kotor) ger en tryckökning i det aktuella området, vilket medför en irritation av nerver. Rörelseinskränkningen leder till en energiblockering. Kiropraktikens mest kända behandlingsmetod är kotjusteringen: att med ett kort och riktat tryck med handen mot en förskjutna kota lösgöra denna från dess låsta läge så att rörligheten ökas och muskulaturen kan placera den rätt.

De kiropraktorer som fortfarande är anhängare av Palmers teorier anser att han har angett vad som ska få kallas kiropraktik, och att avvikelser från dennes system inte är kiropraktik utan något annat. Detta har inte hindrat ytterligare en amerikansk skolbildning för manuell terapi som övergett Palmers teorier att kalla även sin verksamhet för kiropraktik. Den skola som övergett Palmers grundläggande teori om att felställda kotor i ryggraden är förklaringen till alla sjukdomar har i stället närmat sig skolmedicinska förklaringsmodeller. Man har även infört andra behandlingsmoment än de traditionella i kiropraktiken. Denna skolbildning definierar kiropraktiken som undersökning, behandling och förebyggande av funktionella störningar, smärtsyndrom och andra neurofysiologiska åkommor i rörelseapparaten (muskler, leder och skelett), och då särskilt i ryggrad och bäcken. Det är dessa kiropraktorer som efter avslutad utbildning på högskolenivå i en rad engelskspråkiga länder erhåller titeln Dr of Chiropractic. (I Sverige förekommer ibland beteckningen kiropraktik som samlingsnamn på flera olika alternativa metoder för manuell och manipulativ terapi, alltså även naprapati och osteopati; här bortser vi framgent från denna sistnämnda breda definition.)

Naprapati

Naprapatin utvecklades i början av 1900-talet i USA av Oakley Smith och introducerades i Sverige i slutet av 60-talet. Naprapatin är, liksom kiropraktiken, ett terapisystem för behandling av problem i rörelseapparaten med huvudsakligen manuella metoder. Jämfört med kiropraktiken ägnar man dock mer intresse åt kroppens mjukdelar, såsom muskler och senor. Ordet naprapati kommer från tjeckiskans *napraviti*, som betyder att korrigera, och grekiskans *pathos*, lidande; naprapati kan sägas vara att korrigera orsak till lidande.

En naprapat behandlar framför allt besvär i rygg, nacke, leder och muskler. Enligt naprapatin kan sammandragningar och stelhet i bindväv, muskler, senor och ledband störa de normala kroppsfunktionerna. Naprapatens uppgift är att lokalisera störningarna, tänja ut vävnaderna och återställa den normala funktionen. Idealet är normal rörlighet i alla leder samt en symmetrisk och riktig kroppshållning.

Själva behandlingen är i huvudsak manuell: manipulation av de mjukdelar som omger skelett och leder, terapeutisk massage, rörelseterapi samt ibland även olika former av elektroterapi. Den manipulation som kan ges vid in-

skränkt rörlighet i lederna är av något mildare slag än den teknik som vanligen används av kiropraktorer.

Homeopati

Homeopatin har funnits i Sverige sedan år 1820, till en början utövad av såväl läkare som lekmän. I dag förekommer homeopatin i Sverige endast utanför hälso- och sjukvården. Behandlingsformen är vanlig särskilt i Tyskland, England, Indien och andra brittiska "samväldesländer". Ordet homeopati kommer från de grekiska orden homoios (lika eller liknande) och pathos (lidande). Grundtanken i homeopatin är att lika botar lika, något som varit en princip sedan länge i indisk och orientalisk medicin samt har nämnts av medicinska personligheter som Hippokrates och Paracelsus.

Christian F Samuel Hahnemann (1755–1843) tillskrivs dock homeopatins grundande. Hahnemann noterade att de symtom som dåtidens malariamedicin kinin orsakade i en frisk kropp, liknade de symtom som kininet användes för att lindra. Han fortsatte att undersöka detta fenomen med många andra ämnen. År 1796 formulerade han principen "similia similibus curentur" (lika botar lika).

Den homeopatiska medicinen grundar hela sin terapi på en analys av subjektiva symtom – det är summan av symtom som utgör patientens alldeles egna sjukdom, och varje sjukdomsfall ska behandlas individuellt. Grundtanken i homeopatin är att med olika medel stimulera kroppens självläkande förmåga.

De läkemedel som används inom homeopatin är vanligen potensierade, vilket innebär att ett ämne från växt-, djur- eller mineralriket späds ut i flera omgångar i ex. alkohol eller mjölksocker. Graden av utspädning anges i Europa vanligen med bokstaven D (deci=tiondel) och en siffra. D1 innebär utspädning till en tiondel av den ursprungliga koncentrationen. För att få D2 späds D1 ytterligare tio gånger, och så vidare.

Teorin bakom potensieringen är att verkan av ett läkemedel är omvänt proportionellt till dess huvudbeståndsdel. Man menar att kraften hos ett ämne inte ligger i själva substansen utan i dess "mönster". Det här mönstret, som sägs vara substansens elektromagnetiska fält, överförs vid potensieringen till lösningsmedlets molekyler. Ju högre potens (ex. D200), desto kraftigare verkan.

Att ämnen som kan framkalla sjukdomar också kan bota dessa, antas bero på att dessa ämnen aktiverar kroppens försvarssystem. Försvarssystemet manifesterar sig genom att uppvisa symtom. Därför kan ett botande svar på ett homeopatiskt läkemedel föregås av en viss "försämring" av symtomen, en sk. förstförsämring.

Inom homeopatin hävdar man att bara sjuka celler reagerar på läkemedlet som ges. Anledningen är att deras motståndskraft är mindre och att cellernas vitala mönster anses överrensstämma med läkemedlets huvudmönster (elektromagnetiska fält). Just därför, samt på grund av bristen på den verkliga materiella substansen i det homeopatiska läkemedlet, är risken liten för skadliga bieffekter eller skadliga verkningar om ett läkemedel skulle ordinerats felaktigt.

För att fastställa vilket homeopatiskt medel som ska ordinerars, jämför

homeopaten patientens symtombild med olika medels symtombilder för att finna det passande. Kärnan i den homeopatiska ordinationen är att välja det "lika" medlet.

Homeopatiska medel används både vid akuta och kroniska problem. De uppges vara särskilt verksamma vid allergier, astma och eksem, huvudvärk, kvinnosjukdomar samt inom åldringsvården.

Zonterapi

Zonterapi kallas också reflexologi. Ett zonsystem är en begränsad del av kroppen – exempelvis fötterna, öronen, huvudet, tänderna – som anses återspegla hela människokroppen. Genom att behandla denna begränsade del av kroppen anses de därmed förbundna andra delarna av kroppen kunna behandlas.

I Sverige är fotzonterapi den vanligaste reflexologiska metoden, som introducerades här i landet på 1970-talet. På 1930-talet utvecklade Eunice Ingham en metod för reflexmassage för fötterna på grundval av bland andra den amerikanske läkaren W H Fitzgeralds reflex teorier.

Zonterapi används både som ett sätt att lokalisera problemområden och som behandlingsmetod. Grunden för zonterapin är följande: När en störning uppträder i ett organ eller område av kroppen så är motsvarande område på fötterna mycket känsligt för tryck. Masseras dessa zoner, anses behandlingen bidra till att återställa den normala funktionen i organet eller problemområdet. De olika zonerna behandlas i en viss ordning för att bästa resultat ska uppnås. Zonterapin används vid ett stort antal störningar, bl.a. huvudvärk, smärtor i rygg och leder, urinvägsbesvär och matsmältningsproblem.

Bland zonterapeuter finns olika teorier om hur zonterapin fungerar. En teori är att giftiga ämnen lagras på fötternas nervändar och förhindrar normal cirkulation av blod, lymfa och energi; genom behandlingen bryts dessa anhopningar ner, cirkulationen återställs och gifterna kan utsöndras på vanlig väg. En annan förklaring är att det genom behandlingen uppstår fysiska och kemiska förändringar kring nervändar från det autonoma nervsystemet som slutar fritt i vävnadsvätskan, och att substanser som bidrar till att återställa den normala funktionen insöndras. En tredje teori är att behandlingen påverkar kroppen via meridianer, ledningsbanor för energi.

Biologisk medicin och örtmedicin

Biologisk medicin innebär att med naturenliga metoder aktivera och skapa bästa möjliga betingelser för kroppens egna läkande mekanismer. Den biologiska medicinen är inte främst inriktad på att motarbeta enskilda sjukdomssymtom, utan att främja läkning av organismen som helhet. Man framhåller att det inte finns någon annan läkning än självläkning, och den biologiska medicinens mål är att finna de bästa medlen att stimulera organismen till denna självläkning.

Impulser till den biologiska medicinen som den utövas här i landet har kommit från länder som Tyskland och Schweiz. Nationella rötter finns i hälso-

och frisksportrörelsen på 1930- och 40-talen, där finlandssvensken Are Waerland var en portalfigur.

Livsföringen anses ha en stor del i olika sjukdomsprocesser. Behandlingen går ut på att dels skona den sjuka organismen och dels stärka den. Exempel på skonande behandlingsformer är fasta och vegetarisk diet enligt olika system, rekommenderade av personer som Are Waerland, Maximilian Bircher-Benner, Ann Wigmore, Nathan Pritikin med flera. Kroppen kan stärkas på olika sätt, till exempel genom kosttillskott (vitaminer och mineraler), stimulerande örtmediciner, hydroterapi (bad- och vattenbehandling i olika former) och genom sjukgymnastik, massage och fysisk aktivitet.

De läkemedel som används inom den biologiska medicinen bereds i huvudsak av ämnen av biologiskt ursprung, som i regel har milda och långsamt verkande effekter. Örtmedicin hör till den äldsta av världens läkekonster, och än idag används substanser som använts i tusentals år. Örtmediciner bereds i regel av hela växter eller växtdelar och innehåller inte isolerade eller på syntetisk väg framställda kemikalier. Detta anses motverka biverkningar som kan uppstå om man använder ett ämne isolerat från andra i växten samverkande ämnen. Örterna sägs ha en vanligen adaptogen verkan. Med det menas att de är verksamma på vissa organfunktioner beroende på dessas tillstånd, och örterna används för att understödja nedsatta organfunktioner. Örtmedicinens syfte är framför allt att främja de stärkande och självläkande processerna i kroppen.

Den biologiska medicinen utövas i Sverige bland annat på hälsohem, av en del läkare, samt även av många alternativterapeuter. Naturläkare och homiatriker använder ofta biologisk medicin tillsammans med andra behandlingsmetoder såsom akupunktur och homeopati.

Antroposofisk medicin

Ordet antroposofi kommer från de grekiska orden antropos (människa) och sophia (vishet). Antroposofi betyder således en väg till kunskap om människan.

Antroposofins grundare är Rudolf Steiner (1861–1925), som levde i Österrike och Schweiz. Hans strävan var att skapa en själens vetenskap, och han utarbetade metoder för att utveckla människans ofta slumrande och omedvetna sinnen. De antroposofiska idéerna tillämpas idag praktiskt inom områden som arkitektur, konst, odling, pedagogik och medicin.

Antroposofin har sin främsta utbredning i Schweiz, Västtyskland och Nederländerna. Till Sverige kom antroposofin under seklets första årtionden. Sedermera har ett antroposofiskt centrum bildats i Järna utanför Södertälje. 1985 öppnade där ett antroposofiskt sjukhus, Vidarkliniken. På Vidarkliniken har man utformat arkitekturen, färg- och ljussättningen, inredningen och hela miljön så, att den ska verka i en läkande riktning. Den antroposofiska läkekonsten utövas av legitimerade läkare med assistans av sjuksköterskor och andra medhjälpare. Den antroposofiska medicinen ser sig inte som ett självständigt alternativ till den naturvetenskapligt inriktade medicinska verksamheten, utan som ett komplement som utvidgar läkekonsten.

I antroposofin betraktas människan som ett väsen med kropp, själ och ande

som befinner sig i ständig utveckling. Steiner talar om eteriska formkrafter av kosmiskt ursprung, ett slags livskrafter, som format och gett liv åt människan och naturen. Sjukdomen betraktas som en process, genom vilken människan utvecklas. Läkarens uppgift är inte bara att ta bort sjukdomssymtomen, utan även att styra sjukdomsprocessen så att den blir så givande som möjligt för individen. Om bara symtomet avlägsnas utan att individen själv aktiveras, så kommer dispositionen för sjukdomen att kvarstå. Man försöker alltså aktivera patientens "jagkrafter", hennes andliga väsenskärna, i läkeprocessen. Man menar att all läkning är en självläkning som styrs av den överordnade livsprincipen, "eterkroppen", människans eteriska kraftfält.

Den antroposofiska läkekonsten syftar till att behandla hela människan. En rad olika medel och metoder används, ofta i kombination med varandra så att de i samverkan bidrar till den läkande processen: antroposofiska mediciner (ofta naturmedel eller homeopatiska preparat), massage, badterapi, inpackningar och omslag, kirofonetik (en kombination av manuell behandling och logopedi), konstnärliga terapier såsom läkeurytmi (en form av tal- och rörelseterapi), terapeutisk målning och modellering, musikterapi m.m. samt vid behov även konventionell medicinsk behandling. För psykiskt handikappade människor har en särskild läkepedagogik utvecklats. De antroposofiska läkemedlen kommer från mineral-, växt- eller djurriket. Man utgår från att det finns ett samband mellan bestämda växter, mineraler och metaller och mänskliga organ och processer - ett släktskap mellan de formande krafterna i naturen och hos människan (eterkroppen). Denna väsenssläktskap har inte syntetiskt framställda ämnen. I Sverige är det kanske behandlingen av cancer med mistelpreparat som Iscador, som är den mest kända formen av antroposofisk medicin. Mistelpreparaten uppges stimulera immunsystemet och hämma tumörtillväxten.

Inom antroposofin lägger man stor vikt vid de rytmer som kan iakttas i alla levande processer. Människan rytmiska system, med andning och hjärtverksamhet, anses vara av stor betydelse för både den fysiska och den psykiska hälsan, såsom varande centrum för känslolivet. Exempel på rytmiska verksamheter är rytmisk massage och läkeurytmi. Eurytmi är en rörelsekonst, som kan sägas vara synliggjort tal och synliggjord sång. Olika ljud åskådliggörs med rörelser, gester och åtbörder som engagerar hela kroppen. Varje ljud och motsvarande åtbörd svarar också mot bestämda processer i kroppens organ. En människa med en viss sjukdom behöver sina speciella ljud och rörelser. Med läkeurytmi söker man inverka ordnande och läkande på motsvarande fysiologiska förlopp i organen.

Meditation

Meditation inrymmer olika sätt att nå tillstånd av djup avspänning och vidgat medvetande. Det vanligaste är att man sitter stilla med slutna eller halvöppna ögon och fokuserar sin uppmärksamhet och sitt medvetande på någon inre föreställning eller tvärtom, på att inte ha någon inre föreställning alls. Meditationen leder till ett förändrat medvetandetillstånd, t.ex. en upplevelse av djup inre ro, av "rent medvetande", eller av en sammansmältning av jaget och omvärlden: skillnaden mellan subjekt och objekt upphävs, och man kan

känna en upplevelse av total enhet med allt existerande. Själva ordet meditation kommer från latinets *meditare*, som betyder att föras mot mitten, mot centrum.

Meditationen kan vara antingen objektnriktad eller objektlös. Objektivriktad meditation innebär att man begränsar eller koncentrerar uppmärksamheten på ett föremål för meditation, såsom en bön, energi-centra i kroppen (chakras) eller en imagination (inre föreställning av färger, former och/eller ljud). Den objektlösa meditationen är en öppen uppmärksamhet och mottaglighet för såväl yttre som inre stimuli.

Meditation presenteras i väst ofta som en metod för avspänning. Det beror på att vissa fysiologiska förändringar kan uppstå under meditation; förändringar som är de rakt motsatta till en stressreaktion, bl.a. minskad andnings- och pulsfrekvens och en sänkning eller stabilisering av blodtrycket.

Det finns olika former av meditation över hela världen. De meditationsformer som är vanligast i Sverige är kristen meditation och olika österländska meditationsformer, samt en del kombinationer av västerländsk och österländsk meditation. Särskilt under de senaste decennierna har många svenskar börjat meditera.

Den kanske vanligaste meditationsformen i Sverige är Transcendental Meditation, TM. Denna meditationsteknik har sina rötter i den indiska veda-traditionen och introducerades i väst av Maharishi Mahesh Yogi i slutet av 1950-talet. Genom åren har enligt uppgift ca 60 000 svenskar lärt sig TM. Transcendens betyder överskridande, och termen transcendental syftar inom TM på att uppmärksamheten under meditationen går bortom det fält av ens tankar och känslor som man normalt är medveten om. TM är en form av mantra-meditation. Ett mantra är en enkel ljudkombination som upprepas i sinnet under meditationen för att förhindra distraherande tankar och få ner den mentala aktiviteten till ett tillstånd av djup vila med mycket låg aktivitet i nervsystemet. Mantrat fungerar som en vibration i nervsystemet och uppges kunna påverka kroppen och sinnet på olika sätt. Den djupa men vakna vilan som uppnås sägs motverka trötthet och spänningar och därmed bidra till en ökad samordning mellan kropp och sinne och förbättrad samverkan mellan individ och omgivning. Meditationen ska utövas regelbundet 15–20 minuter varje morgon och kväll. TM framhålls som en effektiv metod i förebyggande hälsovård.

I kristet språkbruk har ordet meditation kommit att beteckna många olika former av begrundan, tillbedjan och inre tystnad. Meditationen har utvecklats särskilt inom mystiken, "religionens hemliga insida". Målet med den kristna meditationen kan sägas vara att söka Gud inom sig, att komma närmare Gud, att nå "unio mystica"-föreningen med Gud.

En annan meditationsform som praktiseras i Sverige, och som ibland också kombineras med kristen meditation, är den japanska zen-meditationen. Zen står både för en form av buddhism och för en meditationsteknik. Ett centralt begrepp i zen är *zazen*, som betyder att sitta i koncentration eller sitta sig till koncentration. I *zazen* sitter man med rak rygg, vanligen korslagda ben, halvöppna ögon och andas långsamt och rytmiskt. Meningen är att sinnet ska befrias från alla tankar och idéer. Den djupa zen-meditationen kännetecknas av en total uppmärksamhet på här och nu. Målet är att människan ska bli

befriad från alla präglingar och kunna möta verkligheten som den är, bli upplyst och vinna insikt i själkets sanna natur, en upplysning som kallas satori.

I Sverige

De flesta av de alternativa privata som lärt sig vid den etablerade definierats

Samhällets närvarande verkliga visst utbilda ändå regelbundet verlaggs

I Sverige i landet. Självständigt psykologiskt är

Vad gäller terapier är accepterade tillits i psykiatri

I det här behandlingsmetoderna sjukvårdens beskrivningar och

13.1

13.1.1

En del av legitimerade barnmedicins grundläggande utbildning

13 Utövare av alternativa behandlingsformer

I Sverige finns ett par hundra alternativa behandlingsmetoder representerade. De flesta av dessa utövas av personer utanför hälso- och sjukvården, kallade alternativa behandlare. Det finns dock personal inom både den offentliga och privata somatiska och psykiska vården som använder behandlingsmetoder de lärt sig vid sidan av sina respektive yrkesutbildningar. Dessa personer tillhör den etablerade behandlingspersonalen, även om de tillämpar vad som här definierats som alternativa behandlingsmetoder (se kapitel 1).

Samhället har i dag ringa insyn och kontroll över de alternativa behandlarnas verksamhet. Det finns inga formella krav från myndigheternas sida på en viss utbildning som förutsättning för utövning av behandlingsverksamhet. Den enda reglering av de alternativa behandlingsområdet som finns är kvacksalverilagens bestämmelser.

I Sverige finns utbildningar i de flesta alternativa terapiformer som utövas i landet. Det kan vara frågan om allt från mycket korta kurser i privatpersoners regi till mångårig lärarledd undervisning i såväl "skolmedicinska/skolpsykologiska" ämnen som alternativa metoder vid skolor som funnits i många år.

Vad gäller hälso- och sjukvårdspersonalens eventuella utövande av alternativa terapimetoder läggs vanligen synpunkter främst på själva metoden – om den är acceptabel eller ej – och inte på graden av utbildning i den; den saken har hittills i praktiken överlåtits åt den enskilde behandlarens goda omdöme.

I det här kapitlets första avsnitt sägs något om vilka som utövar alternativa behandlingsmetoder, deras ställning inom respektive utanför hälso- och sjukvården samt deras grad av utbildning. I avsnitt 13.2 görs en närmare beskrivning av de somatiskt inriktade alternativbehandlarna, såsom akupunktörer och naprapater med flera yrkeskategorier.

13.1 Utövare av alternativa behandlingsmetoder inom etablerad och alternativ vård

13.1.1 Hälso- och sjukvårdspersonal

En del av personalen inom den somatiska vården – det gäller framför allt de legitimerade yrkesgrupperna såsom läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, barnmorskor och tandläkare – vidareutbildar sig efter genomgången grundutbildning i ytterligare arbetsmetoder och införlivar dem i sin behandlingsverksamhet. I vissa fall anordnar de egna yrkesförbunden dessa

fortbildningskurser, i andra fall utnyttjas privata utbildningar. En del skolor har inriktat sig på just vidareutbildning av sjukvårdspersonal. Några utbildar sig även utomlands.

Vissa extra terapimetoder är inte att betrakta som alternativa, då de uteslutande används av etablerad vårdpersonal, medan andra metoder har hämtats från det alternativa området. I vissa fall används en metod på olika sätt inom den etablerade respektive den alternativa vården.

Ett exempel på det sistnämnda förhållandet är akupunkturen, ett typfall som kan belysa även andra skillnader mellan alternativ och etablerad behandling.

Exemplet akupunktur

Sedan 1982 är det tillåtet för viss legitimerad vårdpersonal såsom exempelvis läkare och sjukgymnaster att använda akupunktur i smärtlindrande syfte. Det står var och en fritt att inhämta sina akupunkturkunskaper var som helst; en del väljer att studera metoden utomlands, andra går någon privat utbildning i Sverige. På senare år har de egna yrkesförbunden organiserat kursverksamhet i egen regi, vanligtvis i form av en rad enveckaskurser som bygger på varandra.

Socialstyrelsen har angett två veckors utbildning i akupunktur som en miniminivå för hälso- och sjukvårdspersonal.

Läkarna, såväl som sjukgymnasterna och sjuksköterskorna har sedan några år tillbaka egna akupunkturföreningar. Leg. Sjuksköterskors Akupunkturförening, som bildades år 1984, har 1988 ca 120 medlemmar. Hälften av medlemmarna har en svensk akupunkturutbildning varierande mellan 25–700 timmar, medan den andra hälften har övervägande utländsk utbildning, vanligen på mellan 1 och 3 månader, från Kina eller Sri Lanka. Svensk Akupunkturförening för leg. sjukgymnaster bildades också år 1984 och har 1988 ca 400 medlemmar, varav de flesta har fått akupunkturutbildning i Sverige. Även Svensk Läkarförening för Akupunktur bildad år 1983, har ca 400 medlemmar ur läkar- och tandläkarkåren.

Den akupunktur som praktiseras inom hälso- och sjukvården utgår från etablerad medicinsk fysiologi och diagnos. Behandlingen är vanligen av lokal natur och syftar till lindring av symtomen (smärta).

De alternativa akupunktörerna däremot utgår i regel från den traditionella kinesiska medicinens förklaringsmodeller innefattande begrepp som livsenergi (qi), yin och yang etc samt diagnosmetoder och behandlingsprinciper som utgår från dessa teorier. Behandlingen syftar inte enbart till symtomlindring utan vanligen till en generell balansering av energin i kroppen för att normalisera dess funktioner. Akupunktörer utanför hälso- och sjukvården tillämpar behandlingsmetoden inte bara vid smärtlindring, utan vid en rad fysiska och psykiska problem.

Antroposofisk och ayurvedisk läkekonst är exempel på behandlingsformer som – i begränsad omfattning – utövas endast av leg. läkare, assisterade av sjuksköterskor. Det finns en läkarförening för antroposofiskt orienterad medicin (LAOM) och ett sjuksköterskeförbund för antroposofisk läkekonst (SAL). Läkare som arbetar med biologisk medicin – kostterapi, örtmedicin m.m. – har slutit sig samman i Svenska Läkares Förening för Biologisk Medicin, som har ca 300 medlemmar. Läkarrådet för Perfekt Hälsa och Läkarrådet för TM-programmets medicinska tillämpning organiserar läkare och annan medicinsk personal i Sverige och arbetar för att Transcendental Meditation och i viss mån ayurvedisk medicin ska få ökad användning inom hälso- och sjukvården.

Inom den psykiska vården är det framför allt psykologer och psykoterapeuter som arbetar med psykologisk behandling av psykiska problem. Psykiatrikerna är vidareutbildade läkare och ofta – inte alltid – knutna mer till somatisk vård och dess behandlingsarsenal. Psykologer har viss grundläggande

utbildning i psykoterapi, medan psykoterapeuterna, som kan ha varierad grundutbildning (läkare, socionom, psykolog, präst etc.), har påbyggnadsutbildning i just psykoterapi.

Det existerar inga uttryckliga regler för vilka metoder en psykoterapeut får använda i sin verksamhet; huvudsaken är att man baserar sin verksamhet på vedertagen psykologisk teori och ger sakkunnig vård utifrån det. Vissa terapeuter som har grundutbildning i viss teori och metodik använder dessutom andra idéer och tekniker i sin verksamhet, utan att detta leder till någon teoretisk eller praktisk motsättning. Skiljelinjen mellan alternativt och etablerat är alltså inte särskilt klart markerad inom det psykoterapeutiska området.

Det är socialstyrelsen som utfärdar den år 1985 införda legitimationen för psykoterapeuter. Vägledande principer vid valet av terapiform som kan ligga till grund för legitimation har framför allt varit:

- att terapimetoden grundar sig på en vetenskaplig psykologisk teori omfattande normalitet och patologi och att det finns en övertygande vetenskaplig dokumentation av behandlingens resultat, samt
- att det finns en svensk utbildningstradition för terapiformen med tillräcklig tillgång till kompetenta lärare och handledare.

Den behandlingsmetod som hittills varit grundläggande i den statligt anordnade eller godkända psykoterapiutbildningen är den psykoanalytiska individualterapin. Sedan år 1988 ger även godkänd utbildning i beteendeterapi, grupp- och familjeterapi samma status. Även ett par Jung-terapeuter med flerårig schweizisk utbildning har legitimerats, liksom ett fåtal psykoterapeuter som arbetar med dans och musik.

Det finns högskoleutbildningar (med skilda inträdeskrav) i terapimetoder som funnit sin tillämpning både inom etablerad och alternativ vård. Exempel på sådana behandlingsformer är bildterapi, musikerapi och mental träning; det sistnämnda vanligtvis en form av självbehandling.

"Nytänkare inom hälso- och sjukvård"

1988 bildades "Nätverket för nytänkare inom hälso- och sjukvård", bestående främst av människor som arbetar inom den psykiska och somatiska hälso- och sjukvården: läkare, sjukgymnaster, mentalvårdare, sjuksköterskor, tandläkare, psykologer med flera.

Nätverkets tanke är att "ta tillvara det bästa för individen inom traditionell och alternativ medicin och förena dessa i svensk hälso- och sjukvård, samt stimulera till forskning och nytänkande i riktning mot holistisk medicin" (ur Nätverkets programförklaring).

Utgångspunkten för en holistisk medicin menar man är att människan ska accepteras och respekteras som hon är, som ett helhetssystem av kropp, psyke, ande och social varelse i samspel med sin yttre miljö. Ohälsa och sjukdom ses som ett uttryck för obalans i detta system. Den holistiska medicinen inriktar sig på att återställa balansen i systemet och ser då till alla delar i helheten.

Deltagarna i nätverket strävar efter att förverkliga den holistiska medicinens tankar inom sina respektive arbetsområden i hälso- och sjukvården i Sverige, utan att vilja och behöva ta klivet över i den alternativmedicinska sektorn.

13.1.2 Alternativa behandlare

Här i landet finns fleråriga utbildningar i de vanligast förekommande kroppsriktade behandlingsmetoderna: förutom kiropraktik – endast Dr's of Chiropractic och deras kiropraktiska verksamhet har i dag officiellt accepterats – även i naprapati, osteopati, massage, akupunktur, fotzonerapi, homeopati och örtmedicin. Vanligen inbegriper undervisningen även vanliga medicinska ämnen. I de fall den inte gör det, inhämtas ofta medicinska baskunskaper i någon av de utbildningar som skräddarsyts för alternativterapeuter. De personer som genomgått dessa längre utbildningar erhåller efter godkännande vanligen någon titel av typen Dr of Naprapathy, homeopraktiker etc.

Förutom de längre utbildningarna finns en omfattande flora av kortare kurser och utbildningar i de flesta förekommande kroppsriktade behandlingsmetoder – från enstaka timmar till ett par terminers studier, med eller utan medicinska ämnen. En del alternativa behandlare har valt att skaffa sig sin utbildning utomlands; även där är det frågan om allt från helgkurser till fleråriga utbildningar på akademisk nivå.

Bland de alternativa terapeuter som använder sig av psykoterapeutiska metoder finns, liksom bland de kroppsriktade behandlarna, personer med mycket varierad utbildningsbakgrund. Det finns i Sverige mångårig utbildning i en rad olika psykoterapiformer. Ofta gäller någon form av psykologisk/pedagogisk/terapeutisk grundkompetens som inträdeskrav till dessa utbildningar.

År 1989 har företrädare för följande terapimetoder ansökt om att metoderna skall prövas för att eventuellt bli legitimeringsgrundande inom ramen för titeln leg. psykoterapeut: kroppsorienterad psykoterapi, bildterapi, kognitiv psykoterapi, transaktionsanalys, hypnoterapi och psykodrama. I samtliga dessa metoder finns längre och kvalificerad utbildning i landet. Huruvida nämnda metoder kommer att få den sökta specialstatusen inom den statligt godkända psykoterapin eller inte är ännu inte avgjort.

Det finns i landet även omfattande utbildning i andra terapiformer, vars företrädare dock inte ansökt om att få bli legitimerade terapeuter; ett exempel är gestaltterapi. Förutom dessa längre utbildningar finns även kortare kurser i en mångfald psykoterapeutiska tekniker – från kroppsorienterade terapier som rebirthing till självhjälpsmetoder som counselling.

Bland många nytillkomna alternativa terapiformer börjar gränsen mellan kroppsterapi och psykoterapi att luckras upp. Ett växande antal terapeuter utbildar sig i metoder som innehåller båda dessa ingredienser, eller kombinerar de båda behandlingssätten efter eget tycke och smak.

13.2 De alternativa terapeuterna

I det här avsnittet beskrivs främst de kroppsriktade alternativterapeuterna – akupunktörer, kiropraktorer, naprapater m.fl. – och deras verksamhet närmare. Det är denna kategori behandlare som varit av särskilt intresse i alternativmedicinkommitténs arbete; utövarna av psykoterapi har inte undersökts annat än översiktligt.

Det existerar ingen riktstäckande undersökning av de alternativa behandlarna. Däremot har alternativmedicinkommittén tagit initiativ till ett par

undersökningar riktade till allmänheten (patienterna) genomförda 1985–86 i samarbete med Statistiska Centralbyrån, SCB. Dessa undersökningar har gett en översiktlig bild av verksamhetens omfattning och innehåll. Vid sidan av alternativmedicinkommitténs arbete har på flera håll i landet en del regionala undersökningar av de alternativa behandlarna genomförts, som kompletterar bilden. Vi har också fått informationer direkt från Kommittén för Alternativmedicin, KAM, som är den samlande organisationen för en rad alternativmedicinska yrkesförbund och skolor.

Avsnittet inleds med uppskattningar av den alternativmedicinska verksamhetens omfattning i Sverige samt en beskrivning av de alternativa terapeuternas bakgrund och utbildning. Terapeuternas organisationssträvanden de senaste åren beskrivs, och vi återger olika synpunkter bland terapeuterna på den egna verksamheten och dess ställning i förhållande till hälso- och sjukvården.

13.2.1 Verksamhetens omfattning

Det finns olika sätt att försöka beskriva omfattningen av den alternativmedicinska verksamheten. Ett sätt är att undersöka vilka behandlingsmetoder som är vanligast förekommande, ett annat att räkna antalet verksamma terapeuter, ett tredje är att beräkna antalet patientbesök per år, och ett fjärde sätt är att fråga allmänheten vilken erfarenhet man har av alternativ behandling. Vi ska här ta upp alla dessa aspekter och redovisa de uppgifter vi har och de beräkningar som gjorts.

Alternativmedicinkommitténs undersökning 1985–86 i samarbete med SCB visade att drygt en femtedel av Sveriges befolkning i åldern 16–74 hade någon – stor eller liten – erfarenhet av alternativ behandling.

Den *vanligaste behandlingsformen* var kiropraktik (inklusive "kotknackning"), som 13,2 % av svenska folket hade erfarenhet av. Drygt 60 % av dem som uppgav sig ha erfarenhet av alternativ behandling hade någon gång fått kiropraktisk behandling.

Efter kiropraktik var homeopati (inklusive "kloka gubbars" verksamhet) den oftast erhållna behandlingen, som 4,2 % av befolkningen tagit del av. 3,4 % av allmänheten hade fått behandling med akupunktur, 2,2 % med naprapati, 2,1 % med zonterapi och 1 % med örtmedicin, naturmedel, vitamin- eller mineralterapi.

Det fanns vissa regionala skillnader i utnyttjandet av olika alternativa metoder. Personer bosatta i vissa norrlandslän samt i Värmland redovisade en högre grad av kontakt med alternativa behandlare än genomsnittet. I Jämtlands län hade 33 % av befolkningen utnyttjat alternativ medicin, medan Malmöhus län låg lägst i landet med 14 %.

Enligt undersökningen var kiropraktik mer frekvent i flera skogslän, naprapatin hade sin tyngdpunkt i Stockholmstrakten, Örebro och Västmanlands län, medan akupunktur var vanligast i Värmlands och Västernorrlands län. Homeopati, inklusive örtmedicin och naturmedel var vanlig i Västsverige och i några Norrlandslän. (För närmare information om SCB-undersökningen, se kapitel 14.)

Uppgifterna från SCB-undersökningen gällde vilka behandlingsmetoder som

var vanligast förekommande. Vissa terapeuter har flera olika behandlingsmetoder på sin repertoar. Således är det till exempel inte bara de som kallar sig "kiropraktorer" som använder kiropraktik, utan även "naturläkare"¹ och andra kategorier behandlare; det är inte bara "akupunktörer" som använder akupunktur, etc. Detta innebär att det inte går att anta att exempelvis behandling med kiropraktik är detsamma som behandling av kiropraktor.

Patienternas uppgifter om vilken behandling de fått kan kompletteras med information från terapeuterna själva.

Det finns flera mindre undersökningar av den alternativa medicinens utbredning lokalt eller regionalt. En sådan kartläggning av de alternativa terapeuterna genomfördes 1987 i Västerbottens län. Av 57 lokaliserade terapeuter besvarade 42 en enkät. Av svaren kunde utläsas att den vanligast använda behandlingsmetoden var kiropraktik, som utövades av 31 % av behandlarna. Därefter följde zonerterapi (26 %), naprapati (24 %), akupunktur (10 %), homeopati (5 %) och "övrigt" (5 %). Majoriteten av behandlarna utövade flera olika terapiformer. Hälften av dem arbetade heltid med alternativ behandling, medan övriga hade andra sysselsättningar vid sidan av den alternativmedicinska verksamheten.

Enligt grova uppskattningar från olika alternativmedicinska förbund om *antalet terapeuter* finns det t.ex. ca 500 naprapater i landet, ca 400 kiropraktorer, tusentalet utövare av homeopati, 300–400 utövare av zonerterapi, ett hundratal naturläkare som kombinerar olika behandlingsmetoder, ca 40 utövare av osteopati och 100 terapeuter som använder magnetterapi (uppgifterna är från 1988).

Terapeuter med flerårig utbildning, som t.ex. Dr's of Chiropractic och Dr's of Naprapathy, hör till de yrkesgrupper som i stor utsträckning arbetar på heltid med sin behandlingsverksamhet, medan exempelvis zonerterapeuter oftare arbetar deltid. Sådana skillnader gör det svårt att dels beräkna behandlingsmetodernas utbredning med utgångspunkt från antalet terapeuter, och dels att uppskatta *antalet patientbesök* för respektive yrkesgrupp. Längden på patientbesöken kan också skilja sig åt bl.a. beroende på vilken behandlingsmetod som används. Västerbottenstudien angav ett medeltal av 24 patienter per vecka, men det fanns dem som tog emot upp till 110 patienter i veckan. Även bland dem som angav att de arbetade heltid, varierade antalet mellan 40 och 110 patienter per vecka. Grova gissningar från yrkesförbunden lyder som följer:

Homeopater: ca 1 175 000 konsultationer per år bland de organiserade homeopaterna, samt ytterligare många fler bland de oorganiserade, som beräknas vara fler till antalet.

Naprapater: ca 1 miljon patientbesök per år.

Osteopater: ca 70 000–90 000 patientbesök per år.

Zonerterapeuter: ca 24 000 behandlingar per år.

Naturläkare: ca 45 000 patientbesök per år.

¹ Beteckningen "läkare" är en namnskyddad titel, endast förbehållen legitimerade läkare. Läkarna protesterar mot att icke läkare kan kalla sig "naturläkare".

Sammanfattningsvis verkar alltså kategorierna manuell (främst manipulativ) behandling, homeopati och naturmedicin samt akupunktur vara vanligt förekommande i Sverige. Detta med utgångspunkt från såväl antalet terapeuter, antalet patientbesök per år samt till andel av befolkningen som har erfarenhet av sådan behandling.

13.2.2 Bakgrund och utbildning

De undersökningar som gjorts om alternativa behandlare i de nordiska länderna visar att de har en mycket varierad bakgrund vad avser studier och yrkesverksamhet, och att de flesta har sysslat med annat innan de börjat med alternativ medicin. Det är också vanligt att man delar sin tid mellan alternativ medicin och annan verksamhet. I socialgrupphänseende är de alternativa behandlarna också av varierat slag. Detta kan jämföras med den konventionella läkarutbildningen där eleverna i genomsnitt är yngre när de påbörjar sin utbildning, har mindre yrkeslivserfarenhet, och där socialgrupp III är underrepresenterad.

Vid undersökningen av de alternativa behandlarna i Västerbotten var 55 % av de som svarade på den utskickade enkäten män; medelåldern för samtliga var 43 år. Vid undersökningstillfället hade man arbetat med alternativ behandling i medeltal i 10 år. Undersökningen visade att hälften av behandlarna hade en annan sysselsättning vid sidan av den alternativmedicinska verksamheten, varav 14 % arbetade inom vårdsektorn. Nästan hälften av samtliga undersökta hade tidigare arbetat inom vårdområdet. Alla utom 4 personer angav att de hade någon form av medicinsk utbildning, varav 7 var utbildade sjuksköterskor. Den alternativmedicinska utbildningen de genomgått varierade från ingenting till 5 års studier. Bland behandlarna fanns en s.k. "ledslitare", som hade lärt sig sitt hantverk redan som barn av en äldre släkting och som inte hade någon som helst formell medicinsk utbildning.

De alternativa behandlarnas grad av utbildning varierar alltså högst avsevärt – från praktiskt taget ingen utbildning alls till flera års heltidsstudier av såväl medicinska ämnen (anatom, fysiologi etc.) som fackkunskap i respektive diagnos- och behandlingsmetodik. En del behandlare har utbildat sig utomlands; det gäller bland andra Dr's of Chiropractic och en del akupunktörer. Andra har utbildat sig i Sverige vid skolor som inte längre existerar.

I dag finns i Sverige mer omfattande utbildningar i de i detta land vanligast förekommande somatiskt inriktade behandlingsformerna: akupunktur, kiropraktik, naprapati, osteopati, massage, zonerapi, homeopati, örtmedicin och annan naturmedicin.

Längre utbildningar som innehåller både medicinska ämnen och alternativa behandlingsmetoder ges i kiropraktik, naprapati, osteopati, homeopati och naturmedicin (inklusive akupunktur vid en skola). Flera skolor satsar enbart på den alternativmedicinska utbildningen, såsom de renodlade akupunkturskolorna, men begär av sina elever att de inhämtar erforderliga medicinska bas-kunskaper på annat håll. Det finns också separata utbildningar i medicinska ämnen som är sammansatta just för att passa olika alternativterapeuters behov av bas-kunskaper.

Efter genomgången godkänd utbildning erhålls i de flesta fall en särskild

titel. De personer som använder sig av titlar av typen Dr of Naprapathy, Dr of Acupuncture, Auktoriserad Fotzonterapeut, Homiatriker etc, ska alltså ha en viss utbildning och praktik för att få använda sig av dessa titlar. Titlarna utfärdas i regel av ett alternativmedicinskt förbund, som också vanligen har vissa inträdeskrav för medlemskap. Ibland berättigar godkänd examen från en viss utbildning direkt till medlemskap i yrkesförbund.

De större förbunden och vanligast förekommande titlarna beskrivs utförligare i "Alternativa terapier i Sverige", som ingår som en separat del i kommitténs slutbetänkande, vartill härmed hänvisas. Där omnämns också en del förbund och föreningar för psykoterapeutiskt inriktade behandlare, liksom några alternativa psykoterapiutbildningar.

13.2.3 Organisering och kompetenskrav

Det har funnits några yrkesförbund för alternativa behandlare sedan en längre tid tillbaka, såsom för kiropraktorer och homeopater, som hörde till de första kategorierna terapeuter inom dagens alternativa medicin. Under senare decennier har en rad nya behandlingsmetoder introducerats i Sverige, vilket också lett till nya yrkeskategorier och branschförbund.

På liknande sätt som inom hälso- och sjukvården, finns inom den alternativa medicinen en strävan efter professionalisering. Man vill fastställa vissa krav på utbildning och kompetens som villkor för yrkesutövande, avgränsa sig gentemot andra yrkesgrupper och utbildade behandlare och skapa en egen yrkesidentitet.

Myndigheternas ökande intresse för den alternativa medicinen har också bidragit till att alternativa terapeuter i ökad omfattning börjat organisera sig för att bättre kunna tillvarata sina intressen och sanera den egna marknaden från oseriösa behandlare. Man har i många fall redan höjt kompetenskraven inom de egna yrkesgrupperna för att om möjligt tillmötesgå de krav man förmodat så småningom kommer från officiellt håll.

År 1984 bildades Kommittén för Alternativmedicin, KAM, som "ett organ för alla alternativa terapiformer för att stödja, främja och försvara alternativmedicinen och utarbeta riktlinjer för en gemensam målsättning inför framtiden." En representant från KAM har ingått i alternativmedicinkommittén som sakkunnig. Till KAM är en rad yrkesförbund för framför allt kroppsriktade behandlare anslutna. År 1988 var 18 förbund KAM-anslutna. Man har inget individuellt medlemskap. Förbunden som är anslutna till KAM kräver i regel viss teoretisk och praktisk kompetens för att enskilda terapeuter ska få medlemskap; på så sätt uppfyller terapeuterna i KAM vissa förbundsvis fastställda kvalifikationer. Parallellt med kommitténs arbete har KAM tagit fram egna förslag på hur utbildnings- och kompetensfrågan skulle kunna hanteras i framtiden. Till KAM är även en del skolor, patientföreningar och leverantörer anslutna.

KAM organiserar de flesta av de större alternativmedicinska förbunden för akupunktörer, naprapater, osteopater, massörer, zonterapeuter, homeopater, naturläkare och örtmedicinare samt ett kiropraktorförbund. En förteckning över, samt närmare beskrivning av, alternativmedicinska förbund ges i "Alternativa terapier i Sverige".

Förbundet för Doctors of Chiropractic, de utomlands högskoleutbildade kiropraktorerna – Svenska Chiropraktorsällskapet, SCS – valde från början att stå utanför KAM, då man inte ansåg sig vara en del av den alternativa medicinen. Dessa högskoleutbildade kiropraktorer har under flera decennier försökt få officiellt erkännande som yrkesgrupp, och våren 1989 beslutade riksdagen att de skulle kunna få erhålla legitimering.

Det finns också en rad andra, mindre, förbund för alternativa kroppsinriktade behandlare som valt att inte vara med i KAM. ett skäl till detta som framförts är att man inte delar KAM:s strävan efter professionalisering, ökade utbildningskrav och eventuellt inordnande i det vårdadministrativa systemet. Man anser att en stor del av den alternativmedicinska sektorns friheter och fördelar därmed kan gå förlorade. Det anses bland annat att den alternativmedicinska branschen inte behöver regler och förordningar, då den är självsanerande: dåliga terapeuter rensas bort med tiden på grund av utebliven efterfrågan, då de flesta behandlare får sina patienter efter rekommendationer från andra patienter.

De läkare och annan sjukvårdspersonal som utövar vissa definitionsmässigt alternativa behandlingsmetoder såsom antroposofisk och biologisk medicin, anser liksom Dr's of Chiropractic att de inte hör till den alternativa medicinen – de behandlingsmetoder de använder ser de som ett komplement till den etablerade medicinen. Denna inställning delas även av en del alternativa behandlare som är måna om att inte befästa några skiljelinjer mellan alternativ och etablerad medicin.

Som nämnts, organiserar KAM främst kroppsinriktade behandlare. Det finns dock även ett stort antal terapeuter utanför den etablerade vården som, utan statlig legitimation eller annat godkännande, arbetar med psykoterapi, kroppsinriktad psykoterapi, olika former av mental träning och healing etc. Dessa terapeuter anser sig vanligen inte tillhöra den alternativa medicinen, ett begrepp som traditionellt förknippats med kroppsbehandling. (Inom parentes kan dock nämnas att psykoterapeuterna – även de i dag legitimerade – så sent som på 1950- och 60-talen officiellt räknades till kategorin "kvacksalvare".)

Många psykoterapeutiskt inriktade terapeuter har organiserat sig i yrkesförbund, såsom exempelvis de som ägnar sig åt gestaltterapi, symboldrama, psykodrama, transaktionsanalys, analytisk trilogi, identitetsterapi med mera. Inom det psykoterapeutiska området finns dock ingen samlande organisation, motsvarande KAM för kroppsterapeuterna. Ett par förklaringar till detta kan möjligen vara att man bland psykoterapeuterna inte ansett det finnas något trängande behov av en sådan organisation; myndigheterna har inte heller satt ljuset på psykoterapierna och -terapeuterna på samma sätt som på de kroppsinriktade metoderna och behandlarna. Bland de olika psykoterapierna råder inte heller den klyfta mellan alternativt och etablerat som blivit fallet inom många grenar av den klassiska alternativa medicinen. Kravet på "vetenskap och beprövad erfarenhet" har inte fått samma konsekvenser inom psykoterapi som inom den somatiska vården.

Inom det psykoterapeutiska området finns liknande kritiska röster mot en professionalisering och legitimering som inom den klassiska alternativa medicinen. Ett argument mot en legitimering är att en sådan invagar

patienten i en falsk säkerhet: att en terapeut har en viss utbildning är inte liktydigt med att han eller hon är en bra terapeut. Ett annat argument är att krav på en viss utbildning med en viss terapeutisk inriktning kan hämma utvecklandet av nya och kanske bättre terapeutiska modeller och metoder.

13.2.4 Förhållandet till den etablerade vården

Den alternativa medicinens förhållande till hälso- och sjukvården handlar dels om den faktiska rollfördelningen och dels om attityder.

I praktiken konkurrerar inte den etablerade och den alternativa medicinen om samma patienter i någon större utsträckning. Undersökningar har visat att en majoritet av patienterna söker sig till alternativ behandling först efter att ha vänt sig till olika sjukvårdsinriktningar och först efter att inte ha blivit hjälpta av, eller på annat sätt blivit missnöjda med, den vanliga sjukvården. Vad gäller vissa behandlingsmetoder, såsom kiropraktik och naprapati, vänder sig människor dock i större utsträckning direkt till den alternative behandlaren. Problem med rörelseapparaten är ett tydligt exempel på hälsoproblem där den alternativa medicinen av många anses ha verkningfullare terapi att erbjuda än den etablerade vården.

Det är vanligt att människor väljer att gå både till en läkare och till en alternativterapeut. Enligt SCB-undersökningen fick 44 % av dem som sökt alternativ behandling samtidig läkarvård. Drygt två tredjedelar av dem med samtidig läkarvård hade berättat för läkaren att de även gick hos alternativ behandlare. I omkring hälften av dessa fall var läkarens reaktion positiv; i 16 % av fallen var reaktionen negativ.

I Västerbottens-undersökningen framkom att samtliga 42 behandlare som svarat på de ställda frågorna regelbundet hänvisar patienter till olika sjukvårdsinriktningar. En majoritet av behandlarna uppgav också att de själva får patienter som hänvisats till dem sjukvården. Knappt en fjärdedel av behandlarna uppger att de samarbetat med sjukvården. Deras uppfattning av sjukvårdens attityder till alternativmedicinen varierar, men de positiva reaktionerna överväger. De flesta säger också att det på senare år skett en förändring mot en mer positiv inställning till den alternativa medicinen.

När terapeuterna avslutningsvis fick lämna övriga synpunkter och förslag i enkäten, var ett vanligt önskemål just ökat samarbete mellan sjukvården och alternativbehandlare.

Enligt uppgifter från Kommittén för Alternativ Medicin (KAM) är det vanligast med officiellt samarbete mellan naprapater och företrädare för hälso- och sjukvården, framför allt inom företagshälsovården. Även kiropraktorer och akupunktörer arbetar på sina håll i samverkan med läkare. Vad gäller homeopater, zonerapeuter och andra kategorier alternativa behandlare, sker ett eventuellt samarbete vanligen inofficiellt.

14 Allmänhetens erfarenheter av alternativ medicin

Under 1970- och 80-talen har det genomförts en rad undersökningar av allmänhetens erfarenheter av alternativ medicin i Sverige och andra nordiska länder. Några undersökningar har riktats till de alternativa behandlarna, som bland annat fått svara på frågor om sina patienter, medan andra studier har vänt sig direkt till patienterna.

Undersökningsresultaten är ganska samstämmiga vad gäller vilka behandlingsformer som utnyttjas mest, vilka befolkningsgrupper som främst söker alternativ terapi, varför de gör det och vad de anser om den alternativa behandlingen och den etablerade sjukvården. De olika studierna visar exempelvis att manuella terapier som kiropraktik och naprapati dominerar, följda av homeopati, örtmedicin, zonerterapi och akupunktur, i varierande ordning. De flesta av alternativbehandlarnas patienter har först sökt sig till hälso- och sjukvården, men anser sig inte ha fått tillräcklig hjälp där, eller uttrycker rädsla för biverkningar av den konventionella behandlingen. De flesta uppger att de blivit bättre eller bra av den alternativa behandlingen.

I det här kapitlet kommer endast svenska studier som riktat sig direkt till patienterna att refereras. Den största undersökningen har initierats av alternativmedicinkommittén och presenteras i avsnitt 14.1.3. I de först följande avsnitten omnämns några rikstäckande föregångare till kommitténs undersökning. I avsnitt 14.2 sammanfattas några regionala studier från olika delar av Sverige.

14.1 Erfarenhet av alternativ medicin bland befolkningen – rikstäckande undersökningar

14.1.1 Levnadsnivåundersökningarna (ULF)

Statistiska Centralbyrån, SCB, genomför varje år undersökningar av befolkningens levnadsförhållanden (ULF) med ett urval som är representativt för hela landet. Vid tre tillfällen åren 1975, 1977 och 1980/81, har några frågor även berört konsumtion av naturläkemedel och alternativ behandling.

Användningen av naturläkemedel – fr.o.m. 1978 officiellt betecknade naturmedel – har ökat under årens lopp: år 1975 hade 2,8 % av de tillfrågade använt naturläkemedel den senaste 14-dagarsperioden, medan 5,2 % hade gjort det 1977. 1980/81 hade 3,8 % använt naturläkemedel, vilket motsvarar ca 230 000 personer i landet. Kvinnor använde naturläkemedel i dubbelt så stort utsträckning som män. Den vanligaste socioekonomiska gruppen bland

naturläkemedelsanvändarna var förtidspensionärer. Omkring två tredjedelar av naturläkemedelsbrukarna uppgav att de hade någon långvarig sjukdom. Det var vanligare med psykosomatiska besvär bland de som använde naturläkemedel än bland befolkningen i övrigt.

Även andelen som anlitat någon alternativ behandlare har ökat något under den observerade tidsperioden. År 1975 var det 1,5 % av befolkningen som gjorde det, att jämföras med 2 % 1977 och 2,1 % 1980/81. Vid senaste mätningen sökte kvinnor alternativa behandlare mer än andra. I hela gruppen som sökte alternativa behandlare var långvarig sjukdom mer än dubbelt så vanligt förekommande som hos hela befolkningen.

14.1.2 Arbetskraftsundersökningen (AKU)

1985 och 1986 genomförde alternativmedicinkommittén i samarbete med SCB två undersökningar i syfte att mäta omfattningen av och attityder till alternativ behandling bland Sveriges befolkning. Undersökningsresultatet beskrivs utförligt i boken "Fakta och röster om alternativ medicin" (Allmänna Förlaget, 1987). Här görs endast en sammanfattning av materialet.

Den första studien utfördes inom ramen för arbetskraftsundersökningen, AKU, som omfattar ca 22 000 intervjupersoner och genomförs varje månad. Intervjuformuläret utökades i november 1985 med några frågor om personen ifråga någon gång behandlats av en alternativ terapeut, när, och vilken typ av behandling det gällt. Om de inte hade någon egen erfarenhet av alternativ behandling, fick de frågan om de skulle kunna tänka sig att ta kontakt med någon alternativ behandlare för kroppsliga eller psykiska besvär. Deltagandet i denna AKU-undersökning var 93 %.

Undersökningen visade att drygt en femtedel (22 %) av Sveriges befolkning i åldern 16-74 år hade stor eller liten erfarenhet av alternativ behandling. Den vanligaste behandlingsformen var kiropraktik (inkl. "kotknackning"), som 13 % av svenska folket hade erfarenhet av; dryga 60 % av dem som har erfarenhet av alternativ behandling har någon gång varit hos en kiropraktor. På andra plats kom homeopati (inkl. "kloka gubbar"), som drygt 4 % av befolkningen hade besökt någon gång. Därefter följde akupunktur (3,4 %), naprapati (2,2 %), zonerapi (2,1 %) och örtmedicin och naturmedel (1 %).

Kvinnors och mäns erfarenheter av alternativ behandling var lika stor. Personer över 45 år besökte i högre grad än yngre personer alternativa behandlare. Förtidspensionärer var den vanligaste socioekonomiska gruppen som sökte alternativ behandling.

Av dem i befolkningen som inte hade någon erfarenhet av alternativ behandling kunde två femtedelar tänka sig att söka alternativa behandlare. Bland befolkningen totalt beräknas 60-70 % kunna tänka sig söka alternativ behandling. Andelen klart negativt inställda var ca 16 %. Kvinnor och yngre personer hade större tilltro till den alternativa medicinen.

14.1.3 Alternativmedicinkommitténs enkätundersökning

Den andra studien som alternativmedicinkommittén genomförde i samarbete med SCB vände sig till personer som i AKU-intervjuerna sagt sig ha erfarenhet av alternativ behandling under de senaste åren. Undersökningen genomfördes som en postenkät med telefonuppföljning av ett delurval. Av 2 020 personer besvarade dryga 1 500 enkäten.

– Vilken behandling söks?

Den vanligaste behandlingsformen vid senaste besöket var manipulationsmetoderna i kategorin "kiropraktik, naprapati, osteopati", som drygt hälften av de tillfrågade hade blivit behandlade med. De 54 procenten motsvarar 595 000 personer i Sverige. En knapp femtedel, 18%, hade behandlats med homeopati, naturmedicin eller örtmedicin, dvs. ca 200 000 svenskar. 17 % hade behandlats med akupunktur, 10 % med zonterapi eller akupressur, 8 % med bindvävs-massage, lymfdränage eller annan massageliknande behandling och 6 % med elektroterapi. Övriga behandlingsformer hade utnyttjats endast av ett fåtal.

Kiropraktik eller liknande söktes av 60% av männen jämfört med 47 % av kvinnorna. Nära hälften av alla som behandlats med kiropraktik hade besökt endast en alternativ behandlare. Det var sällsynt med behandling även med andra alternativa metoder vid kiropraktikvård. Homeopati och örtmedicin var den näst vanligaste behandlingsformen bland kvinnor, medan akupunktur var näst vanligast hos männen. Generellt hade fler män än kvinnor besökt alternativ behandlare mer än 10 gånger.

– Vem söker alternativ behandling?

Alternativ behandling är lika vanligt förekommande bland män och kvinnor. I åldersgruppen 45–64 år fanns de flesta med erfarenhet av alternativ behandling.

I enkäten frågades efter vilken utbildning de svarande hade. Nära hälften av dem som utnyttjat alternativ behandling hade som högsta utbildning realskola, folkhögskola, grundskola eller liknande. Var tionde med erfarenhet av alternativ behandling var akademiker. En jämförelse med SCB:s levnadsnivåundersökningar visar att utbildningsnivån bland dem som utnyttjat alternativ behandling endast i liten utsträckning skiljer sig från svenska folket i stort. Möjligen har de som söker alternativ behandling en något högre utbildning än svenska folket i allmänhet. Ser man till sysselsättningen, så hade nästan hälften av dem som svarade på enkäten ett yrke som normalt organiseras inom LO, medan en tredjedel tillhörde TCO eller SACO/SR-grupperna.

I SCB-undersökningarna frågades också efter hur man subjektivt upplevde sitt hälsotillstånd. Det visade sig att bland medelålders och äldre män och kvinnor var det färre av de alternativt behandlade som bedömde sitt hälsotillstånd som dåligt jämfört med svenska befolkningen i stort. Även andelen med långvarig sjukdom, något handikapp eller annan svaghet var lägre bland de alternativt behandlade än bland svenskar i allmänhet.

Eftersom människors levnadsvanor har betydelse för hälsan, frågades även efter detta. De alternativt behandlade avvek inte i någon större utsträckning

från befolkningen i övrigt. Nio av tio var allätare, medan tiondelen undvek viss sorts mat eller valde "giftfritt". Andelen dagligrökare var lägre bland utnyttjare av alternativ behandling än bland svenskar i allmänhet, medan andelen manliga snusare var större. Andelen motionärer var större bland de alternativt behandlade.

– Varför söker man alternativ behandling?

Frågan om varför man söker alternativ behandling är tudelad och handlar dels om vilka besvär man söker behandling för, och dels om varför man söker just alternativ behandling.

De ojämförligt vanligaste besvären bland dem som sökte alternativ behandling – såväl män som kvinnor – var smärtor och värk i rygg, axlar, leder och huvud. De vanligaste smärttillstånden var ryggvärk, höftsmärtor och ischias, vilket 60% av de alternativt behandlade hade. Mer än en tredjedel av kvinnorna hade återkommande huvudvärk eller migrän. Andra vanliga besvär bland dem som sökt alternativ behandling var eksem/hudutslag, astma och allergier, mag-tarmbesvär, lättare infektioner, oro/ängest, allmän trötthet och sömnbesvär.

En central fråga i enkäten var: Varför valde Du att söka hjälp hos just en alternativbehandlare? De tillfrågade fick ta ställning till 7 fasta svarsalternativ, men hade dessutom möjlighet att ange egna skäl; fler än ett skäl fick anges. Dryga hälften svarade att de blivit rekommenderade av släkt, vänner eller bekanta. 42 %, motsvarande ca 433 000 svenskar, angav att de inte hade blivit hjälpta av den vanliga sjukvården. Andra vanliga skäl till att söka alternativ behandling var att de inte var nöjda med den vanliga sjukvården (24 %), att de var nyfikna och ville pröva denna behandling (20 %), att de tidigare blivit hjälpta av alternativ behandling (19 %) – relativt vanligt bland kiropraktorbehandlade – och att de som sista halmstrå ville pröva detta i en svår situation (17 %). Det var särskilt i de äldre åldersgrupperna som skälet "sista halmstrået" förekom.

Nära två tredjedelar av samtliga som besvarade enkäten hade sökt andra vårdinrättningar för de besvär som föranledde alternativ behandling. Det vanligaste var att man sökt sjukhus eller distriktsläkare. Att man enbart sökt alternativ behandlare förekom oftast bland män, kiropraktor- och massagebehandlade. 30 % totalt hade först sökt den aktuella alternativa behandlaren, medan 5 % hade sökt en annan alternativ behandlare som första instans.

Många personer sökte sig alltså till den vanliga sjukvården först, och hos 44 % av dem som sökt alternativ behandling pågick samtidig läkarvård.

Andra tänkbara skäl till att man sökt sig till den alternativa behandlingen framkom vid en jämförelse mellan attityderna till den alternativa respektive den vanliga vården. Dessa synpunkter redovisas längre fram.

– Vad anser man om den alternativa behandlingen?

Drygt 70 % – motsvarande 738 000 personer – ansåg att de nu var helt besvärsfria eller något bättre; 1 % hade blivit sämre. Kiropraktorbehandlade – observera att kiropraktorkategorin även innefattar naprapati och i liten utsträckning osteopati – var oftare helt besvärsfria, medan de som behandlats

med akupunktur, zonerapi och homeopati mer sällan var helt besvärsfria. Det vanligast angivna skälet till förbättringen – fler skäl fick anges – var den alternativa behandlingen, som angavs av 71 % (ca 598 000 personer i befolkningen). Egna åtgärder framhölls av var femte. Att besvären gått över eller förbättrats av sig själva var det tredje vanligaste skälet. Av mindre än var tionde person angavs behandling av "vanlig" läkare eller annan sjukvårdspersonal som skäl till förbättringen.

För att ytterligare belysa frågan om varför man söker alternativ behandling tillfrågades personerna hur de ställde sig till att söka alternativ behandling vid en rad olika symtom och besvär. Mer än tre fjärdedelar skulle välja alternativ behandling före den vanliga sjukvården vid värk i ryggen. Mer än hälften skulle välja alternativ behandling även vid värk i leder och huvudvärk. Störst tilltro till en bred tillämpning (13 olika besvär) av alternativ behandling hade de som behandlats med homeopati och zonerapi. Nio av tio skulle välja alternativ behandling vid ryggvärk av dem som behandlats med kiropraktik, massage eller elektroterapi, medan tilltron till alternativ behandling var relativt låg när det gäller cancer, hjärt/kärlsjukdom, gallsten/njursten, infektioner, mag-tarmbesvär samt ångest och oro.

– Jämförelser mellan alternativ behandling och svensk sjukvård

Deltagarna i enkätundersökningen hade alla besökt alternativa behandlare, och nästan alla hade erfarenhet av vanlig svensk sjukvård. För att jämföra dessa olika vårdformer ställdes en rad identiska frågor om alternativ behandling och svensk sjukvård.

En fråga gällde om personerna upplevt att de hade blivit felaktigt eller orättvist behandlade. 2 % hade upplevt detta hos alternativ behandlare jämfört med 32 % vid besök på sjukhus eller hos läkare. Fler kvinnor än män hade upplevt sådan behandling inom sjukvården, och det var vanligast bland de yngre. Drygt 40 % var nöjda med den vanliga sjukvården, jämfört med 80 % som var nöjda med den alternativa behandlingen.

Det man oftast var nöjd med hos alternativ behandling var ett gott bemötande (89 %), att man alltid har samma behandlare (88 %) och att man lyssnar och tar hänsyn till patienten (85 %). Därefter följde korta väntetider vid mottagningen (77 %) och liten risk för biverkan (73 %). God förmåga att lindra besvären angavs av 62 %, medan 51 % angav god förmåga att bota besvären.

Attityden var mindre positiv till den vanliga sjukvården. Mest positiv var man till "ingen obehaglig eller smärtsam behandling", som angavs av 41 %; motsvarande procenttal för den alternativa behandlingen var 53 %. Den största skillnaden i bedömningen gällde kontinuiteten bland den behandlande personalen, där 88 % var mycket positiva till alternativ behandling, medan endast 13 % var mycket positiva till den vanliga sjukvården. När det gäller god förmåga att bota besvären fick den vanliga sjukvården 18 % av rösterna.

I genomsnitt hade de alternativt behandlade en mer positiv inställning till alternativen än sjukvården: 71 % mycket positiva jämfört med 26 %.

14.1.4 Några framträdande undersökningsresultat

Sammanfattningsvis har de referade undersökningarna av befolkningens erfarenheter av alternativ behandling visat följande mer framträdande resultat:

- att utnyttjandet av alternativ medicin har ökat de senaste 10 åren,
- att var femte svensk någon gång fått alternativ behandling,
- att alternativa behandlingsformer förekommer i alla åldrar, alla yrkesgrupper och på alla utbildningsnivåer,
- att manipulationsterapier av typen kiropraktik och naprapati är de vanligaste behandlingsformerna, följda av homeopati, örtmedicin, akupunktur och zonterapi, i något varierande ordning i olika undersökningar,
- att olika former av smärttillstånd i rygg och leder är de vanligaste besvären som folk söker alternativ behandling för,
- att ett vanligt skäl till att söka alternativ behandling är att man inte ansett sig ha blivit hjälpt av den vanliga sjukvården,
- att mer än 70 % av dem som behandlats anser sig helt besvärsfria eller bättre efter den alternativa behandlingen,
- att det man är mest nöjd med hos den alternativa behandlingen är ett gott bemötande, att man har samma behandlare och att man lyssnar och tar hänsyn till patienten,
- att bland svenska folket totalt beräknas 60–70 % kunna tänka sig alternativ behandling.

14.2 Regionala patientundersökningar

14.2.1 Stockholm

År 1979 publicerades Nils-Olof Jacobsons avhandling med titeln "Naturläkemedel och okonventionella behandlingsmetoder". Det är en undersökning om erfarenheter och attityder till naturläkemedel m.m. bland läkare och allmänhet. Av tusentalet slumpvis utvalda personer från Stockholms län i åldrarna 18–74 hade 12 % använt naturläkemedel det senaste året, främst kvinnor och äldre män. Skälen till att man valde naturläkemedel före vanlig medicin var att dessa medel är mer "naturliga" och mindre "giftiga" än apoteksläkemedel och att man blivit rekommenderad dessa medel av anhöriga, vänner etc. Endast var åttonde angav missnöje med konventionella läkemedel som främsta impuls att ta naturläkemedel.

14.2.2 Skaraborg

1979 presenterades också en undersökning av alternativa vårdformers utbredning bland befolkningen (Haglund och Isacsson 1981). Undersökningen var en bearbetning av Levnadsnivåundersökningarna 1975 och 1977 – se avsnitt 14.1.1 – och en tvärsnittsundersökning Hälsoprofil Skaraborg 1977 (HPS 1977). Materialet i HPS 1977 består av ett slumpurval av ca 8 000 personer representativa för Skaraborgs läns invånare mellan 25 och 75 år.

I undersökningen analyserades olika bakgrundsfaktorer förklaring till

skillnader i användandet av alternativ vård. Det visade sig bland annat att naturläkemedelsanvändningen ökar med tilltagande ålder. Fler kvinnor än män använder naturläkemedel, medan män oftare än kvinnor går till kiropraktor. De som använder alternativ vård är mer sjukskrivna och utnyttjar sjukvården i större utsträckning än resten av befolkningen enligt denna undersökning. De har också mer psykiska besvär och större läkemedelskonsumtion. Bland de som använder alternativ vård är dock vegetarianer en specialgrupp: de har både lägre läkemedelsanvändning och lägre vårdutnyttjande.

De med hög skolutbildning använder alternativa vårdformer i högre grad än de med låg utbildning. Användande av alternativ vård varierar även mellan socioekonomiska grupper. Till exempel söker lantbrukare kiropraktorer i större utsträckning än andra grupper. Arbetare använder mindre örtmediciner och hälsokost än tjänstemän.

14.2.3 Marks kommun

Under hösten 1983 genomfördes en enkätundersökning i Marks kommun i närheten av Göteborg för att studera besöksfrekvensen hos homeopat, akupunktör och zonerapeut samt inställningen till den alternativa medicinen (Fagerlund 1984). Enkäten delades ut till 200 patienter vid vårdcentralen i Skene och till 100 elever på gymnasiet.

Av gymnasieeleverna svarade 8 att de under de senaste två åren sökt någon av nämnda alternativa behandlare på grund av sjukdom. Av de 200 patienterna – varav flest kvinnor och äldre än 50 år – uppgav 22,5 %, även här flest kvinnor, att de sökt någon av dessa alternativa vårdgivare. Det innebär att var fjärde-femte patient sökt sådan alternativ vård. Den övervägande delen av dessa hade sökt på grund av sjukdom, hade fått behandling och ansåg att de blivit bättre av den.

14.2.4 Göteborg

1988 genomfördes en kartläggning och inventering av den alternativa medicinen i Göteborg (Hjalmarsson och Richter 1988). 42 alternativa behandlare delade ut ett frågeformulär till sina patienter och 1 073 personer besvarade dem; det är alltså inte frågan om ett slumpmässigt urval. Av dessa patienter var 41 % under 40 år och 58 % under 50 år, vilket kan jämföras med den högre medelålder som patienter med motsvarande besvär inom primärvård och sjukhusspecialiteter har. 64 % var kvinnor och 36 % män. Yrkesfördelningen visade att 27 % var arbetare, 39 % tjänstemän och 15 % pensionärer. 68 % av patienterna har haft sina besvär i mer än 1 år, varav 36 % i mer än 5 år. Den övervägande delen av patienterna (62 %) söker alternativ medicin på grund av rygg-, led- och muskelbesvär. En mycket vanlig patient enligt denna Göteborgs-undersökning är "en tjänsteman i 40-50-årsåldern med ryggbesvär i mer än 1 år".

Källor

Fagerlund, I. Besök hos homeopat, akupunktör, zonerapeut. En enkätundersökning. *Allmän medicin* 1984, 5:72-3.

Haglund, B och Isacson, SO. Alternativa vårdformer, dess utbredning i befolkningen. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 1981, 58:121-6.

Hjalmarsson, Å och Richter, A. Kartläggning och utvärdering av alternativ medicin i Göteborg. Göteborg: Sahlgrenska sjukhuset, med. klin. I, 1988.

Jacobsson, N-O. Naturläkemedel och okonventionella behandlingsmetoder. En social-psykiatrisk undersökning av erfarenheter och attityder hos läkare och allmänhet. Akademisk avhandling. Huddinge: Psykiatriska kliniken, 1979.

Socialdepartementet. Fakta och röster om alternativ medicin. En delrapport från alternativmedicinkommittén. Stockholm: Allmänna Förlaget, 1987.

15 Alternativ medicin i andra länder

Det varierar från land till land hur man definierar alternativ medicin och hur man behandlar företeelsen i lagen och i praktiken. Som nämnts i kapitel 12, är begreppet alternativ medicin mycket relativt: det som är alternativt i Sverige kan vara etablerat och officiellt sanktionerat i andra länder. I vissa länder är det förbjudet för andra än legitimerade läkare och annan formellt utbildad vårdpersonal att behandla patienter; i andra länder är fältet fritt för lekmän, med eller utan restriktioner. I utvecklingsländerna har den traditionella medicinen en mycket starkare ställning än i västerlandet, där den vetenskapliga medicinen dominerat under det senaste århundradet. Det är dock framför allt i västländerna som en mångfald inhemska eller importerade alternativa behandlingsmetoder vuxit fram. Det skiljer sig mellan olika länder vilka alternativa behandlingsmetoder som är vanligast förekommande.

I det här kapitlet beskrivs inledningsvis Världshälsoorganisationens och Europarådets sätt att se på den traditionella och alternativa medicinen i Europa och övriga världen. Därefter ges några exempel på den alternativa medicinens ställning i några europeiska länder samt USA. Till slut beskrivs de större medicinska systemen vid sidan om den västerländska medicinen i Indien och Kina.

15.1 Världshälsoorganisationen (WHO)

Traditionell medicin har i någon mån praktiserats i alla kulturer. Fram till 1800-talet var all medicinsk verksamhet "traditionell". Det var först på 1800-talet som den vetenskapliga medicinen introducerades med början i Europa. Den vetenskapliga medicinen ledde till dramatiska framsteg på områden som infektionssjukdomar, förgiftningar, skador, (under-)näring och hygien, medan den har nått sämre resultat vad gäller degenerativa tillstånd.

Lagstiftningen på det medicinska området har runt om i världen i stort sett följt det europeiska mönstret. Det vanliga är att formellt sjukvårdsutbildade – läkare etc. – har getts ett mer eller mindre starkt monopol på sjukdomsbehandling. Det här systemet spreds genom de europeiska ländernas kolonier även till andra världsdelar. Det är i dag bara i de rika länderna som den västerländska medicinen når större delen av befolkningen, och detta till en enorm kostnad. I många länder bor 80 % eller mer av befolkningen i jordbruksområden och tas fortfarande om hand av traditionella behandlare. Det är i dag också framför allt i utvecklingsländerna som det finns officiellt stöd för en liberalare inställning till den traditionella medicinen. I länder med lång erfarenhet av vetenskaplig medicin ökar människors intresse för

känslomässiga och andliga aspekter av hälsa, vilket lett till återupptäcks av lokala traditionella medicinska system och import av utländsk läkekonst.

Världshälsoorganisationen (World Health Organization) har satt upp "Hälsa för alla år 2000" som mål för sin verksamhet. Man säger att alla möjliga metoder och resurser måste tas i anspråk för att nå målet – även traditionella behandlingsmetoder och traditionella läkare och botare av olika slag, inkl. "födslomedhjälpare".

Den traditionella medicinen kännetecknas enligt WHO av ett holistiskt synsätt, där man sätter människan i sitt ekologiska sammanhang, där sjukdom ses som resultatet av en obalans i hela systemet och inte bara som ett resultat av en isolerad orsaksfaktor, och där hälsa omfattar såväl fysisk och mental hälsa samt socialt och andligt välbefinnande.

Termen traditionell medicin innefattar dels formaliserade system som ayurveda och unani, dels traditionella botares verksamhet som ofta inbegriper örtmedicin och magiska metoder kopplade till kulturella föreställningar. Ibland räknas även nyare alternativmedicinska metoder som kiropraktik och homeopati till den traditionella medicinen.

År 1977 höll WHO en konferens på temat "The Promotion and Development of Traditional Medicine". Syftet var att samla experter från de stora traditionella medicinska systemen i världen och gemensamt utarbeta en aktionsplan för att främja och utveckla olika aspekter av traditionell medicin. Man slog fast att den traditionella medicinen behöver utvärderas, erkännas och utvecklas för att förbättras med avseende på effektivitet, säkerhet, tillgänglighet och utvidgad tillämpning till en låg kostnad. Konferensen föreslog bl.a. att traditionella botare skall utbildas för att kunna ingå i primärvården, och att den reguljära vårdpersonalen skall få utbildning i de traditionella medicinska principerna för att underlätta en integrering av systemen.

WHO pekar på att den traditionella medicinen i en stor del av världens länder har en rad fördelar framför importerade medicinska system, då den är en integrerad del av kulturen och särskilt effektiv i att lösa vissa kulturella hälsoproblem.

15.2 Europarådet

På svenskt förslag genomförde Europarådet år 1982 en undersökning av "icke-konventionella metoder för diagnos och behandling av sjukdom" bland sina medlemsstater. Några resultat av den inventeringen kommer att beskrivas i det följande, andra uppgifter återfinns i avsnitt 15.3 där förhållandena i olika länder beskrivs.

Europarådet noterar i sin rapport från år 1984 bl.a. följande:

Alla länder har någon form av legitimering av den medicinska personalen (läkare etc.). I många länder har läkarna fri rätt att välja de metoder för diagnos och behandling som patienternas tillstånd kräver. I vissa länder, som Österrike och Sverige, föreskrivs att den medicinska personalen måste grunda sitt arbete på vetenskaplig medicinsk kunskap och beprövad erfarenhet. I många länder är det främst en fråga om yrkesetik vilka terapimetoder man väljer.

Vad som definieras som "icke-konventionella metoder" varierar från land till land. De flesta länder anger dock antroposofisk medicin, kiropraktik och homeopati som icke-konventionella metoder. I vissa länder har akupunktur blivit en mer eller mindre konventionell behandlingsmetod. Det är sällsynt med metoder som på något sätt införlivats i den offentliga vården, men det förekommer vad gäller kiropraktik i Norge, Danmark, Frankrike, Schweiz och nu även delvis i Sverige, homeopati i Frankrike och Schweiz samt vad beträffar akupunktur i Frankrike.

I länder med monopol på medicinsk behandling, exempelvis Frankrike och Nederländerna, är det olagligt för andra att praktisera alternativ medicin (även om så ändå sker i praktiken, med eller utan myndigheternas goda minne). I länder utan monopol, som i de skandinaviska länderna, får lekmän utöva behandlingsverksamhet, men då med vissa restriktioner.

Det varierar vilka behandlingsmetoder som är vanligast i de olika länderna. I t.ex. de engelsktalande och skandinaviska länderna är manipulationsterapierna (kiropraktik, osteopati etc.) vanliga; i Västtyskland naturmedicin, (utövad främst av "heipraktiker") homeopati och antroposofisk medicin, i Frankrike homeopati, manipulationsterapier, akupunktur och radiestesi, och i Storbritannien healing av olika slag.

Europarådet konstaterar i sin rapport att icke-konventionella metoder svarar mot ett behov som inte fylls av den ortodoxa medicinen. Det faktum att det är vanligt att icke-konventionella metoder används, visar på vikten av att kunskaper om dessa metoder införlivas i den grundläggande medicinska utbildningen. Europarådet säger också att det måste vara hälsomyndigheternas ansvar att följa utvecklingen på det här området i sina resp. länder. En strävan bör vara att harmonisera lagstiftningen på det medicinska området. Mer specifikt anges kostterapi, akupunktur, kiropraktik, antroposofisk medicin och homeopati som områden som av olika skäl bör undersökas närmare.

15.3 Icke-konventionella behandlingsmetoder i några europeiska länder

15.3.1 Norge

I Norge är det liksom i Sverige tillåtet för lekmän att ge behandling, men med vissa restriktioner. Däremot står det – till skillnad från Sverige – en läkare fritt att använda den behandlingsmetod som han eller hon anser passar patienten bäst. Akupunktur är i Norge en behandlingsmetod som endast läkare får använda. Av landets dryga sjuttioalet homeopater är de flesta lekmän; i början av 80-talet var det enligt uppgift endast 10 leg. läkare som använde homeopati.

Liksom i de övriga skandinaviska länderna är manipulationsterapier vanliga i Norge. Det norska kiropraktorförbundet har ett hundratal medlemmar. I januari 1988 infördes auktorisation av dessa kiropraktorer, och de är nu underställda samma kontroll som annan hälso- och sjukvårdspersonal.

En norsk patientundersökning från år 1988 visar att det som patienterna är mest missnöjda med hos den vanliga medicinen är vad de tycker bäst om hos

den alternativa medicinen: behandlaren tar god tid på sig, samtalet mellan patient och behandlare förlöper som en dialog mellan likvärdiga personer, patienten blir tagen på allvar och sedd på som en hel människa. Vanligen har patienterna låga förväntningar på resultatet av den alternativa behandlingen efter att tidigare inte ha fått hjälp med sina besvär inom vården, men de flesta av patienterna i den aktuella studien, 85 %, uppger att de blivit helt bra eller bättre. Många vill trots allt hålla kontakt både med hälso- och sjukvården och den alternativa medicinen.

15.3.2 Danmark

Danmark har samma system som Norge och Sverige: lekmän får utöva alternativa behandlingsmetoder, men med vissa inskränkningar i den rätten., liknande de som hittills gällt i Sverige. T.ex. får vissa smittsamma sjukdomar endast behandlas av läkare. En läkare får använda sig av en alternativ-behandlare som medhjälpare, och då har läkaren ansvar för undersökning och behandling. Vad gäller akupunktur så gäller detsamma som i Norge, att det i princip endast är läkare som får utöva akupunktur, då nålakupunktur räknas som operativt ingrepp, något som är förbehållet läkare; icke-läkare får endast använda akupunktur under överinseende av en läkare.

Med sina ca 200 kiropraktorer (en siffra från år 1986) lär Danmark vara det kiropraktortätaste landet i Europa. Vid mitten av 1970-talet infördes möjligheter för patienter att få ersättning från allmänna sjukkassan vid kiropraktisk behandling (upp till 5 behandlingar och en röntgenundersökning). Det finns inget remisstvång. Förutsättningen är dock att kiropraktorn är medlem i det danska kiropraktorförbundet, som i sin tur kräver högskoleutbildning i kiropraktik som villkor för medlemskap.

År 1985 togs initiativ till ett kontaktorgan mellan föreningar för alternativa behandlare och sundhedsstyrelsen "Kontaktorganet vedrørende alternative helbredelsesmetoder/midler". Syftet är att främja dialogen mellan terapeuter, den etablerade vården och myndigheter, medverka till att undersökningar görs på området, främja kunskaper och information m.m. Organet är sammansatt av bl.a. representanter från sundhedsstyrelsen och Dansk Selskab for Integreret Medicin, bildat år 1984 (se vidare 8.4.2).

15.3.3 Finland

I december år 1986 tillsatte Finlands läkarförbunds styrelse en arbetsgrupp för att utreda utbudet och bruket av alternativa behandlingsformer i Finland samt göra en bedömning av hur dessa påverkar läkarnas yrkesutövning. Rapporten, som presenterades hösten 1988, innehåller bl.a. följande synpunkter:

Begreppet kompletterande behandlingsformer är bättre än alternativa, eftersom patienterna vanligen söker hjälp av alternativterapi för andra besvär än de som kan skötas med medicinsk behandling. Det finns flera risker med alternativ terapi, av såväl ekonomisk som medicinsk art, som det gäller att vara observant på. Ur accepterad vetenskaplig synvinkel kan endast akupunk-

tur, hypnoterapi och meditation bevisas ha verkningar i någon mån (över 1 000 finska läkare har gått kurser i akupunktur); i övrigt kan en del av världens resultat tillskrivas terapeutens holistiska förhållande till sina patienter.

Arbetsgruppen anser att läkare borde lära sig att förstå de alternativa behandlingsformerna i så stor utsträckning som möjligt. Ett svar på utmaningen från den alternativa terapin är att utveckla patient-läkar-relationen, som har en avgörande betydelse för patientens tillfrisknande. I läkararbetet bör man lägga särskild tonvikt på "time, touch and compassion".

15.3.4 Storbritannien

Det finns i Storbritannien inga lagar som hindrar lekmän att utöva vilken terapi de vill, däremot finns vissa restriktioner. Det är t.ex. förbjudet att annonsera om att man behandlar cancer, dock icke att behandla cancer. Man får ej heller annonsera om behandling av diabetes, epilepsi, TBC och ytterligare några sjukdomar.

Enligt en engelsk uppskattning fanns år 1984 drygt 30 000 utövare av alternativa behandlingsmetoder. Av dessa är ca 2 200 medicinskt utbildade, 11 000 medlemmar i något alternativmedicinskt yrkesförbund, medan 17 000 inte är organiserade. De allra flesta alternativa behandlare har någon form av utbildning; de som inte har formell utbildning har vanligen gått i lära hos annan terapeut.

Den ojämförligt största kategorin behandlare är healers, ca 20 000. Healing, inkl. religiös, andlig healing, har en mycket stark tradition i Storbritannien. Många healers samarbetar med Englands motsvarighet till socialstyrelsen.

Efter kategorin healers följer i storleksordningen grupper som håller på med massage och manipulation (ca 2 800) och hypnoterapeuter (1 700). Flest antal konsultationer har naturopater¹ (inkl. osteopater som arbetar med naturopati), kiropraktorer och örtmedicinare. Ända fram till 1900-talet var örtmedicin den vanligaste behandlingsformen.

Det fanns i början av 1980-talet 54 yrkesförbund för alternativa terapeuter. Störst antal medlemmar hade förbunden för massörer, varefter följde osteopaterna, akupunktörerna och hypnoterapeuterna. En undersökning från 1980-81 angav antalet organiserade massörer till 1 150, medan t.ex. antalet organiserade kiropraktorer uppgavs vara 140. De icke organiserade kiropraktörerna uppgavs vara ca 400.

Många terapeuter arbetar deltid, vid sidan av andra sysselsättningar. Mer än hälften av alla alternativmedicinska konsultationer hamnar hos mindre än en fjärdedel av terapeuterna. I genomsnitt har en terapeut 43 patienter i veckan. Ett besök tar i medeltal 36 minuter, vilket är 6 gånger längre tid än hos en vanlig brittisk läkare. År 1980 fick 2 miljoner briter alternativ behandling.

¹ Naturopater som ägnar sig åt olika former av biologisk medicin kallas i andra länder för naturläkare eller heilpraktiker.

I Storbritannien – liksom för övrigt i en del andra länder – talar man ibland om komplementär medicin i stället för alternativ medicin. Den komplementära medicinen definieras som: "Diagnostiska och terapeutiska metoder och system som står utanför och i kontrast till konventionell vetenskaplig medicin".

Enligt en undersökning (publicerad i *British Medical Journal* 30 juli 1983) finns ett ökat intresse för komplementär medicin hos läkarstuderande. Av 100 medicine studerande önskade ca 80 % få undervisning i åtminstone en alternativ metod, och 21 % hade redan använt sig av någon sådan.

År 1986 publicerade det brittiska läkarsällskapet, *British Medical Association*, en rapport om alternativ terapi. Den innehåller bl.a. beskrivningar av en rad olika alternativa terapier från akupunktur till reflexologi och en diskussion om deras eventuella terapeutiska värde. Man diskuterar vilka metoder som skulle kunna användas för att mäta de alternativa terapiernas effektivitet, eftersom systematiska vetenskapliga observationer är en förutsättning för att terapierna skall kunna införlivas i den "ortodoxa" medicinen.

I England finns i dag en del paraplyorganisationer för alternativa behandlare och läkare som är intresserade av att utveckla den komplementära och den holistiska medicinen.

Den holistiska medicinen intresserar sig inte bara för den fysiska hälsan, utan även den psykiska och den andliga hälsan. Behandling i holistisk mening inbegriper etablerad medicin, alternativa/komplementära metoder och självhjälpsmetoder såsom meditation, avslappningsövningar, fysisk träning, kostprogram m.m.

År 1983 bildades *The British Holistic Medical Association* för ca 1 400 läkare. Föreningen fungerar som referensorgan och arrangerar föreläsningar m.m. I London finns *The Research Council for Complementary Medicine*, som är ett forskningsråd för alternativ medicin. Sedan några år tillbaka existerar också *Institute for Complementary Medicine*, ett informations- och dokumentationscentrum.

15.3.5 Västtyskland

Det var först på 1900-talet som två medicinska riktningar utvecklades i Tyskland: dels den naturvetenskapliga medicinen och dels den folkmedicinskt inspirerade medicinen, det som i dag ofta kallas komplementär medicin. Folkmedicinen har fått allt mindre betydelse ju längre norrut i Europa man kommer. En förklaring till detta är att mycket av dessa medicinska traditioner har sin rot i klostren, och klosterkulturen har starkare förankring i södra Europa än i norra. Med åren har klyftan mellan den konventionella och den komplementära medicinen ökat – det är först på senare år man från myndigheternas sida har visat intresse för den komplementära verksamheten.

I Västtyskland är naturmedicin, utövad av "heilpraktiker", den vanligaste icke-konventionella behandlingsformen. Det är i Tyskland med omnejd som den biologiska medicinen, naturläkekonsten, har sina "modernare" rötter. Lärofäderna framför andra är den tyske pastorn Sebastian Kneipp och österrikaren Vincent Preissnitz, som båda levde på 1800-talet och utvecklade vattenterapier, kostföreskrifter m.m. Det är vanligt med olika former av hydroterapi i Västtyskland, och över hela landet finns 250 kurorter med

framför allt vattenbehandling och diet på programmet. I exempelvis Bad Wörishofen fanns vid mitten av 1980-talet 54 Kneipp-läkare, 80 massörer och 120 badassistenter.

Den vanligaste kategorin alternativa behandlare i Västtyskland är heilpraktiker (naturläkare). Dessa har statlig licens sedan första världskriget, undantaget en period under nazi-tiden. Det lär finnas ca 30 000 registrerade heilpraktiker i Västtyskland, samt troligen dubbelt så många som inte är registrerade. En heilpraktiker ägnar sig åt bl.a. akupunktur, neuralterapi (en form av injektionsakupunktur), homeopati, fytoterapi (örtmedicin), manuell behandling m.m. Utbildningen till heilpraktiker tar 2–3 år. Lagstiftningen om heilpraktiker är från år 1728, och det enda prov som krävs från officiellt håll gäller kunskaper om smittskyddslagen. Vissa restriktioner finns dock: en heilpraktiker får t.ex. inte syssla med odontologisk eller obstetrisk verksamhet (obstetrik = förlossningskonst), inte heller behandla veneriska eller epidemiska sjukdomar. Han eller hon får dock ge injektioner, förutsatt att det rör sig om sterila preparat och att injektionen ges intramuskulärt.

Örtmedicinen är utbredd i Västtyskland, ett arv inte minst från klostren. De flesta apotek saluför såväl konventionella mediciner som homeopatiska medel och örttéer och örtmediciner.

På den tyska motsvarigheten till socialstyrelsen har man skapat en rådgivande expertfunktion med tre fackinstanser: för antroposofi, homeopati och för fytoterapi. Expertgrupperna skall ta ställning till de preparat som finns på marknaden. Tillverkaren kan i dag antingen sälja sitt preparat fritt eller begära registrering. I det senare fallet ställs lika höga krav som på de medicinska preparaten. Sedan 1985 finns en enligt uppgift världsunik homeopatisk farmakopé i Västtyskland.

År 1829 grundades "Föreningen för främjandet av och utbildning i den homeopatiska läkemetoden", föregångare till den i dag existerande "Der deutsche Zentralverein homöopatischer Ärzte". Det första homeopatiska sjukhuset grundades år 1858 i München. Vid mitten av 1980-talet fanns ca 1 500 heltidsstuderande homeopater samt ca 1 500 läkare som använder homeopati tillsammans med etablerad medicin. Dessutom finns ett stort homeopatiskt sjukhus och flera mindre homeopatiska sanatorier. Fyra universitet lär ut homeopati till medicine studerande. I Västtyskland kan läkare kräva specialisering i homeopati om de har en viss tids praktik och utbildning i metoden, fastställd av det västtyska läkarförbundet (undantaget Västberlin).

År 1986 fanns i Västtyskland 6 000–8 000 läkare som mest sysslar med biologisk medicin och homeopati av totalt 130 000 läkare, och antalet växer. En undersökning har visat att 50 % av läkarna någon gång använder sig av okonventionella medel eller metoder, vanligen förskrivning av homeopatika. Det finns dock ingen professur i naturläkekonst.

I hela landet finns endast ett tiotal Dr's of Chiropractic, som får vara yrkesverksamma enligt samma förutsättningar som heilpraktiker.

15.3.6 Schweiz

I de flesta kantonen i Schweiz – sammanlagt 26 – är det i princip förbjudet för andra än läkare att syssla med alternativmedicinsk verksamhet. I praktiken

är dock även lekmän verksamma.

Myndigheternas kontroll över läkarna är inte så omfattande – läkarna antas arbeta seriöst under eget ansvar. Alternativ medicin ses i Schweiz som en specialisering, som kommer in i läkarutbildningen efter slutexamen. Specialistutbildningen sker i läkarförbundets regi.

De vanligaste icke-konventionella behandlingsmetoderna i Schweiz är antroposofisk medicin och kiropraktik.

Schweiz var det första landet i Europa där kiropraktorerna etablerades; de första regleringarna av verksamheten kom år 1934. Vid mitten av 1980-talet var ca 125 kiropraktorer verksamma i landet, de flesta utbildade i USA. Sedan år 1964 får patienterna ersättning genom socialförsäkringssystemet.

I Schweiz finns en läkarförening för antroposofisk medicin med ca 150 medlemmar. Seminarier i antroposofisk medicin ingår i det officiella utbildningssystemet. I Arlesheim utanför Basel ligger de två pionjärsjukhusen inom den antroposofiska medicinen, en fabrik för antroposofiska läkemedel samt Goetheanum, som är ett andligt centrum. Den antroposofiska medicinen ser sig som en utvidgning av den konventionella terapin.

Det finns en statlig kontroll av läkemedel som även innefattar Iscador, antroposofernas mistelpreparat som används vid behandling av cancer. Av 12 000 registrerade läkemedel i Schweiz är 2 000 naturmedel. Det görs i princip ingen skillnad mellan de konventionella läkemedlen och örtmedicinerna, men i praktiken tillämpas något lägre krav vid registrering av allmänt accepterade örtmedel.

I vissa kantoner finns heilpraktiker, för vilka gäller krav på grundläggande utbildning, och de får bara vara verksamma inom vissa givna ramar.

15.3.7 Nederländerna

I Nederländerna har den officiella medicinska personalen i princip monopol på behandling. Enligt lagen är alla alternativa behandlare illegala, men i praktiken är de öppet tolererade.

År 1977 beslutade dåvarande chefen för departementet för hälso- och miljöskyddsfrågor att upprätta en kommission för alternativmedicinska system. Enligt rapporten som lämnades år 1981 konsulterade 7–8 % av alla nederländska män och kvinnor över 17 år någon utövare av alternativ medicin år 1979. I absoluta tal innebär det 700 000 patienter eller 5–6 miljoner konsultationer.

De vanligaste skälen till varför folk sökte alternativ behandling var att de är besviken på den konventionella medicinen och har fått personliga rekommendationer att söka denna vård. Förbättringen av behandlingen upplevdes som avsevärd av patienten.

De vanligaste behandlingsmetoderna enligt undersökningen var homeopati, akupunktur, naturopati, manipulativ och paranormal medicin. I begreppet paranormal medicin ryms hypnos och magnetism m.m. De parnormala terapierna tillhör de äldsta formerna av alternativ medicin i Nederländerna. Utövarna behandlar uppskattningsvis 55 000 patienter per år.

Vad gäller den vanligaste behandlingsmetoden, homeopati, så görs uppskattningsvis 320 000 konsultationer årligen hos homeopatiska läkare. Den

nederländska föreningen för homeopatiska läkare har hundratalet medlemmar, varav en del veterinärer och tandläkare. Förutom dessa, så förskriver tusentalet andra läkare homeopatiska preparat.

Naturopati (naturmedicin) utövas av ca 20 leg. läkare och ca 200–500 lekmän. Av de ca 600 utövarna av akupunktur var år 1977 60 % läkare och 30 % sjukgymnaster. De antroposofiska utövarna är legitimerade inom de områden för vilka godkänd utbildning finns, undantaget konst- och eurytmiterapeuter. I Nederländerna finns också ett tjugotal kiropraktorer som försöker erhålla officiellt erkännande.

Antalet leg. läkare som utövar alternativ medicin har ökat kraftigt under senare år.

15.3.8 USA

Många av de alternativa behandlingsmetoder som finns i Sverige i dag har kommit hit från USA. Om de ursprungligen utvecklats på annat håll i världen, så har de ofta tagit omvägen över den nordamerikanska kontinenten för att därefter lanseras även i Västeuropa. USA är ett land befolkat av invandrare, och flera terapier har utvecklats i USA av invandrare från bl.a. de tyskspråkiga länderna. En mycket stor del av de i Sverige förekommande psykoterapiformerna, såsom olika former av kroppsorienterad psykoterapi och mental träning, har utvecklats i USA, framför allt på västkusten, i Kalifornien. Vid sidan av inhemska indianska medicinska traditioner och den naturvetenskapligt orienterade medicinen finns i USA en rad traditionella medicinska system och alternativa behandlingsmetoder företrädna.

Manipulationsterapierna kiropraktik, osteopati och naprapati kommer från Nordamerika. Alla stater i USA erkänner kiropraktorerna som en självständig yrkesgrupp. År 1986 fanns 35 000 yrkesutövande kiropraktorer i landet, och enligt en uppgift från 1980 avlägger årligen 20 miljoner amerikaner visit hos en kiropraktor. Patienterna får normalt ersättning från försäkringskassan. Även osteopaterna är en relativt stor yrkesgrupp i USA.

Det amerikanska läkarförbundet med en halv miljon medlemmar beslöt år 1980 att som "remisskollegor" acceptera paramedicinska utövare av healing, biofeedback och naturmedelsterapi (biologisk medicin).

På flera håll i landet ingår akupunktur i den amerikanska läkarutbildningen.

15.4 Medicinska system i andra länder

Hösten 1986 företog alternativmedicinkommittén en resa till bl.a. Indien och Kina för att studera de inhemska medicinska traditionerna. Från dessa två länder har flera av Sveriges alternativa behandlingsmetoder hämtats.

15.4.1 Indien

Indien har ca 400 000 utövare av traditionell medicin. Hälften av dessa utövar ayurveda, resten är verksamma inom unani, siddha, yoga och naturmedicin. Siddha-medicinen kommer från ayurveda och praktiseras mest i delstaten

Tamil Nadu och på Sri Lanka. Unani-tibbi är en blandning av ayurveda och grekisk-arabisk medicin och utövas mest i nordvästra Indien och Pakistan. Förutom dessa formaliserade större traditionella medicinska system finns i Indien även lokala traditionella botare och shamaner.

Ayurveda, som uppstod ca 3 500 f.Kr., är det äldsta och, som sagt, mest utbredda medicinska systemet i Indien. Det första officiella samarbetet mellan ayurveda och västerländsk medicin lär ha skett år 1786. Den brittiska perioden i Indien ledde till att ayurveda förlorade i inflytande men har nu återtagit sin gamla roll. I början av 1960-talet inrättades statliga organ för att särskilt övervaka ayurveda och man upprättade en nationell akademi m.m. År 1984 påbörjades en organiserad, modernt upplagd inventering av ayurvediska medicinalväxter.

Ayurveda

Ayurveda är inte bara en medicinsk vetenskap, utan ett helt komplex av levnadsregler omfattande kostråd, förhållningsregler om sömn, motion och annat.

Ayurveda betraktar människan ur ett helhetsperspektiv, som också innefattar hennes förhållande till universum. Man anser att sjukdomar eller sjukdomsbenägenhet uppstår på grund av en obalans mellan tre s.k. "doshas", som är grundläggande strukturer inom den fysiologiska organismen: Rörelse (vata), energi (pitta) och tröghet (kapha). Sjukdomar söker man bota genom att återställa dosha-balansen. Behandlingen skall dels stärka kroppens inneboende förmåga att bekämpa sjukdomen och dels minska riskerna för återfall.

Vid mitten av 1980-talet fanns i Indien ca 100 högskolor för ayurveda, varav ett sextiotal statliga, medan övriga drivs av frivilliga organisationer. Varje år tas drygt 3 000 elever in till en 5 1/2 år lång utbildning i ayurveda. Det finns ca 400 sjukhus och 15 000 vårdcentraler, där ayurvedisk medicin praktiseras. Vid sidan av skolmedicinen och de traditionella medicinska systemen, har Indien också det starkaste homeopatiska fästet i världen: 200 000 utövare, 104 colleges med utbildning i homeopati och ca 150 homeopatiska sjukhus.

Det är ovanligt med läkare som ägnar sig åt både västerländsk medicin och ayurveda, däremot praktiserar en del läkare även homeopati. I allmänhet är sjukhusen inriktade enbart på en medicinsk tradition. Inom öppenvården arbetar dock ofta båda kategorier läkare sida vid sida.

15.4.2 Kina

Den traditionella medicinen i Kina har utövats i tusentals år. Det är ett integrerat system för prevention, diagnostik och behandling. Häri ingår akupunktur, moxibustion, örtmedicin, dietbehandling, qigong och massage. I Kina praktiseras dessutom olika "befolkningsminoriteters" medicin, t.ex. i Tibet.

Den officiella politiken är nu att vidareutveckla den traditionella medicinen som under kolonialtiden hamnade i skymundan. År 1985 fattade kommunistpartiets centralkommitté beslut om att jämställa traditionell kinesisk medicin (TCM) och västerländsk medicin. I dag har kinesiska läkare inom traditionell resp. västerländsk medicin samma ställning. Många läkare tillämpar båda systemen parallellt.

I slutet av år 1985 fanns 1 485 institutioner och sjukhus för TCM i Kina och totalt 227 000 sängplatser för TCM. 336 000 personer arbetar med traditionell kinesisk medicin.

Det fanns år 1986 29 högskolor för TCM, och 6 000 studenter tas in varje år. En "nyckelhögskola" är Beijing College of Traditional Chinese Medicine. Här är utbildningstiden till läkarexamen 6 år, mot normalt 5 år vid andra skolor. Här finns 1 600 studenter, och man tar även emot utländska elever. I utbildningen ingår även modern västerländsk medicin. Skolan har dessutom en särskild akupunktörutbildning på 5 år.

För apotekare i traditionell farmakologi är utbildningstiden 5 år, och man studerar främst örtmediciner. Staten tar inte ut skatt på örter och örtläkemedel som ingår i den traditionella medicinen, vilket man däremot gör på andra läkemedel.

Svensk läro- och utbildningsplan för alternativ medicin
 Svensk läro- och utbildningsplan för alternativ medicin är baserad på vetenskap och empirisk erfarenhet. Planen är utarbetad i samråd med den svenska läroplanen för den allmänna utbildningen och är avsedd för utbildning av studenter som ska utbilda sig till läkare eller apotekare. Läroplanen är utarbetad av en arbetsgrupp som består av representanter för läroplanen, läroplanens utvärderingskommitté och läroplanens utvärderingskommitté. Läroplanen är utarbetad i samråd med den svenska läroplanen för den allmänna utbildningen och är avsedd för utbildning av studenter som ska utbilda sig till läkare eller apotekare. Läroplanen är utarbetad av en arbetsgrupp som består av representanter för läroplanen, läroplanens utvärderingskommitté och läroplanens utvärderingskommitté.

I kommittén har jag varit för ett arbete som ska leda till läroplaner som ska utvärderas mot vetenskap och erfarenhet. Syftet är att påvisa om valjer alternativ medicin ska bli en del av läroplanen och om läroplanen innehåller information om den alternativa medicinen. Läroplanen ska också innehålla information om den alternativa medicinen. Läroplanen ska också innehålla information om den alternativa medicinen. Läroplanen ska också innehålla information om den alternativa medicinen.

Kommittén har gjort en utvärdering av läroplanen för den alternativa medicinen. Läroplanen är utarbetad i samråd med den svenska läroplanen för den allmänna utbildningen och är avsedd för utbildning av studenter som ska utbilda sig till läkare eller apotekare. Läroplanen är utarbetad av en arbetsgrupp som består av representanter för läroplanen, läroplanens utvärderingskommitté och läroplanens utvärderingskommitté.

Många människor som får problem med sin hälsa, vill prova både västerländsk och alternativ medicin samtidigt. Det betyder att patienterna har. Det betyder att patienterna har. Det betyder att patienterna har.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av sakkunniga Marianne Boivie

Många människor i vårt land har ett stort förtroende för den svenska hälso- och sjukvården och för dess kompetens och engagerade personal. Det visar undersökningar som gjorts av olika utredningsinstitut. För hälso- och sjukvården är därför ett vaktslående om kvaliteten och säkerheten i vården av fundamental betydelse.

Svensk hälso- och sjukvård – med alternativmedicinkommitténs terminologi etablerad medicin – är byggd på vetenskap och beprövad erfarenhet. Finns en teoretisk förklaringsmodell inom den alternativa medicinen är den ofta svårförståelig eller obegriplig för människor vilkas utbildning och synsätt har naturvetenskaplig inriktning. Likväl är den uppskattad av många människor. Etablerad medicin och alternativ medicin har ingen gemensam grund för sitt arbete. Den etablerade medicinens krav på vetenskaplighet och dokumentation saknar motsvarighet inom alternativmedicinen. Den alternativa medicinens påstådda effekter på olika hälsoproblem har därför inte kunnat verifieras genom vetenskapliga studier. Som jag ser det bör därför en skiljelinje mellan etablerad och alternativ medicin bibehållas.

I kommittén har jag verkat för att arbetet skulle leda till förslag som ökar kunskapsutbytet mellan etablerad och alternativ medicin. Skälet är att patienter som väljer alternativ medicin skulle få ett säkrare och mer riskfritt omhändertagande om den etablerade medicinen regelmässigt kände till att patienten också skulle utnyttja den alternativa medicinens tjänster. Samtidigt skulle den etablerade medicinen få bättre kännedom om innehåll och arbetsmetoder i alternativ medicin och på så sätt utveckla sin verksamhet och det individuella omhändertagandet.

Kommittén har visat att nuvarande lagstiftning ger möjligheter för den etablerade medicinen att av humanitära skäl medverka i alternativmedicinska insatser sedan den etablerade vårdens resurser prövats. Det är också min uppfattning att så är fallet. I lagen med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion finns redan möjlighet för den etablerade vården att medverka i en alternativmedicinsk behandling. På likartat sätt och inom ramen för sitt yrkesansvar bör den etablerade medicinens yrkesutövare kunna gå patienten till mötes när det gäller önskemål om andra alternativmedicinska insatser.

Många människor, som får problem med sin hälsa, vill pröva både etablerad och alternativ medicin samtidigt. Den friheten måste patienten ha. Det kräver en större öppenhet från den etablerade medicinens sida gentemot alternativsidan och vice versa.

De förslag som kommitténs ledamöter enats om bör leda till en större öppenhet och ett bättre informationsutbyte med bibehållande av en skiljelinje mellan etablerad och alternativ medicin. Därför kan jag ställa mig bakom flertalet av kommitténs förslag. På ett par punkter känner jag emellertid oro för att förslagen kan leda till icke önskvärda konsekvenser.

Den första punkten gäller kommitténs förslag till avgränsning av alternativ medicin i den nya lagen om alternativ medicinsk verksamhet m.m. Jag har föreslagit att denna paragraf skall utgå, eftersom definitionen inte skapar klarhet om vad alternativ medicin är utan tvärtom medför risk för sammanblandning med etablerad medicin. Skall alternativ medicinsk verksamhet definieras i en lagparagraf måste den få en annan lydelse.

Den andra punkten som jag har invändning mot gäller förslaget att socialstyrelsen skall kunna registrera alternativmedicinska yrkesutövare som genomgått godkänd medicinsk basutbildning för alternativmedicinsk verksamhet. Kommittén har övervägt att lägga denna uppgift på konsumentverket som redan i dag utövar tillsyn vad gäller marknadsföringen av naturmedel. Kommittén har stannat för att socialstyrelsen är lämpligast för uppgiften utan att ange några tyngre motiv. Jag anser att konsumentverket bör svara för denna uppgift.

Särskilt yttrande av sakkunnige Harry Boström och experten Thomas Ihre

Vi delar kommitténs uppfattning att förekomsten av alternativmedicinsk verksamhet måste accepteras och att man med utgångspunkt från de vårdsökandes behov och säkerhet skall ställa krav på utövarna av alternativ medicin.

Emellertid kan vi inte dela kommitténs uppfattning när det gäller avvägningen mellan frihet och restriktioner inom alternativmedicinen. Framför allt har kommittén inte tillräckligt sökt kartlägga eller velat beakta de risker som föreligger för de vårdsökande vid alternativmedicinsk behandling. Inte heller har kommittén tagit hänsyn till resultatet av den undersökning om biverkningar som genomförts vid sidan av kommittéarbetet genom Svenska Läkaresällskapets försorg.

Vi kan inte heller acceptera att överträdelse av nu gällande regler och underlåtenheten att beivra dessa tas till intäkt för ett liberalare synsätt utan anser tvärtom att sanktionsmöjligheterna vid överträdelse bör utökas.

Vi menar också att kommittén fäst alltför stort avseende vid den enkätundersökning kommittén låtit SCB utföra och att de slutsatser som dragits av undersökningen är överdrivna och delvis felaktiga. Bl.a. är enligt vår mening antagandena om efterfrågan hos allmänheten av alternativmedicin kraftigt överdrivna. Merparten av dem som uppgivit sig ha sökt alternativmedicinsk behandling har antingen varit i kontakt med kiropraktor eller använt hälsokost. Detta kan inte tas till intäkt för ett ökat behov av all slags alternativmedicin. Ökningen av alternativmedicinen under senare tid torde till stora delar bero på att man tillåtit en ohämmad, kraftigt överdriven kommersiell marknadsföring av det alternativmedicinska vårdutbudet snarare än något hos allmänheten känt behov.

Kommittén har slutligen heller inte i sin avvägning tagit hänsyn till att man

trots betydande ansträngningar inte funnit en enda invändningsfri utvärdering som kunnat påvisa positiva effekter av alternativmedicinbehandling.

Mot denna bakgrund vill vi i det följande redovisa ett antal punkter på vilket vi anser att kommitténs förslag bör modifieras.

Registrering m.m.

Vi kan i och för sig godta ett års basutbildning som ett realistiskt krav för registrering. Samtidigt skall framhållas att en så kort utbildningstid naturligtvis inte gör vederbörande skickad att ställa medicinska differentialdiagnoser eller i övrigt gör det möjligt att leva upp till den rad av förväntningar som kommittén angivit.

Oavsett detta är dock den föreslagna basutbildningen kvalitetshöjande och befrämjande för säkerheten. Basutbildningen skall därför vara ett krav för samtliga utövare av alternativmedicin. Det är också självklart att samtliga alternativmedicinska yrkesutövare skall registreras. Registreringen skall enligt vår uppfattning handhas av konsumentverket främst på grund av sambandet med marknadsföringsfrågorna.

Inskränkningar av undersökning och behandling

Alternativmedicinsk behandling av små barn bör inte få ske fritt efter önskemål från föräldrarna. Barn får inte utsättas för onödiga risker till följd av alternativmedicinska åtgärder. Ingrepp som för vuxna ter sig banala kan för små barn vara ytterst smärtsamma eller ångestskapande. Först från skolåldern kan barn förväntas ha möjlighet att förstå information om alternativmedicinsk behandling och ta del i beslut om sådan behandling. Åldersgränsen vid vilken behandling av alternativmedicinare kan tillåtas under förutsättning av läkarkontakt måste därför dras vid 7 år.

I författningsförslaget har regeringen eller socialstyrelsen tillagts befogenhet att förbjuda vissa metoder eller undanta vissa sjukdomstillstånd från alternativ behandling. Samtidigt har kommittén sökt att i detalj fastställa vad regeringen skall föreskriva därvidlag. Vi anser att kommittébetänkandet endast bör ange den principiella inriktningen. Alternativmedicinsk behandling av vissa sjukdomar som cancer, endokrina sjukdomar och psykosor kan tillåtas endast under förutsättning av läkarkontroll enligt den modell som anges i paragrafens första stycke. Förbudet mot behandling med hypnos bör också bestå bl.a. därför att det enligt psykiatrisk expertis kan framkalla psykos hos känsliga individer.

Enligt vår uppfattning föreligger fortfarande behov av förbud mot brekvack-salveri och kringresande verksamhet i den nya kvacksalverilagen.

Sanktioner

Kommittén har slentrianmässigt föreslagit en bötesstraff för brott mot reglerna trots att man konstaterat att detta sanktionsmedel hittills inte använts i nämnvärd utsträckning. I stället för straff bör man enligt vår uppfattning övergå till ett administrativt sanktionssystem där tillsynsmyndighetens möjlighet att fatta beslut om förbud mot fortsatt verksamhet, förverkande av

eventuell utrustning etc. Detta torde vara mer i linje med lagens anda att skydda de vårdsökande från skador och risker än ett traditionellt straff-tänkande.

Dokumentation och rapportering

Självfallet skall samtliga utövare av alternativ medicin vara skyldiga att föra någon form av behandlingsanteckningar. Att det gjorts anteckningar är en grundförutsättning för att om möjligt åstadkomma ett önskvärt frivilligt försäkringsskydd. Det förefaller oss också märkligt att överlämna dokumentationsfrågan till alternativmedicinutövarnas egenreglering när lagstiftning helt nyligen ansetts erforderlig för etablerade personalgrupper inom den offentliga vården.

På samma sätt som gäller för annan patientvårdande verksamhet skall alternativmedicinutövaren åläggas att rapportera skador och biverkningar som upptäcks i verksamheten. Rapportering bör ske till socialstyrelsen som inrättat erforderliga register. Även andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som iakttar skador och biverkningar av alternativ medicin bör omfattas av rapporteringsskyldigheten. Anledningen till sådan rapportering är självklart att vinna erfarenhet om olika behandlingsmetoder så att säkerhet kan vägas mot uppnådd effekt.

Dispenser

Vi är principiellt motståndare till att undantag görs från säkerhetsföreskrifterna i läkemedelsförordningen för antroposofiska läkemedel. Det finns inte något som tyder på att dessa medel skulle kunna garanteras mindre skadlighet än andra naturmedel. Tvärtom måste riskerna för framför allt livshotande allergiska chockreaktioner till följd av injektion av naturmedel innehållande biologiskt material bedömas som betydande.

Någon anledning att frångå den gräns på högst 10 procent alkoholhalt som genomförts vad gäller konventionella läkemedel finns inte för naturmedlens del.

Om dispenser för naturmedel skall förekomma bör fackmyndigheten – inte regeringen – vara det organ som efter en prövning av bl.a. medicinska säkerhetsfaktorer beslutar i dispensärendena. En prövning grundad övervägande på politiska skäl är oss helt främmande i detta sammanhang.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis anser vi således att förutsättningen för att man yrkesmässigt skall få behandla med alternativmedicinska metoder skall vara en medicinsk basutbildning och en registrering av verksamheten hos Konsumentverket. Från alternativmedicinsk behandling bör undantas barn och sådana sjukdomstillstånd där främst risken av utebliven konventionell behandling klart kan bedömas som påtaglig. Alternativmedicinen bör också när det gäller dokumentation och biverkningsrapportering arbeta på villkor liknande de som gäller för hälso- och sjukvården i allmänhet. Sanktionssys-

temet vid överträdelse bör effektiviseras med syfte att förhindra för de vårdsökande farlig verksamhet. Fackmyndigheten bör handha eventuell dispensgivning från gällande författningskrav.

Särskilt yttrande av sakkunnige Viking Falk

Enligt direktiven bör alternativmedicinkommittén i sitt arbete ha den vårdsökandes behov och säkerhet som utgångspunkt för sitt arbete. För att tillfredsställa behoven skall var och en bl.a. ha rätt att välja den behandling han önskar och tror på och anser sig kunna bli hjälpt av även om behandlingsvärde för närvarande inte är vetenskapligt styrkt. Samtidigt betonas säkerheten innebärande bl.a. att rätt diagnos ställs och att den vårdsökande inte undanhålls adekvat medicinsk behandling. Således skall kommittén beakta följande två principer, som delvis kan sägas vara oförenliga.

- 1) Frihet för vårdsökande och behandlare att välja metoder, vars medicinska effekt inte har kunnat bevisas.
- 2) Den vårdsökandes säkerhet vid behandlingen.

Kommitténs betänkande präglas enligt min mening av ett alltför starkt betonande av frihetsprincipen och ett alltför litet hänsynstagande till säkerhetsaspekten. Det är viktigt att i detta sammanhang notera att kommittén inte lyckats finna annan än en mycket begränsad för att inte säga obefintlig dokumentation av de alternativa terapiernas effekt om man undantar förväntanseffekten (placeboeffekten). Däremot står det helt klart att man på intet sätt kan bortse från att det finns risker med alternativa medicinska behandlingar, inte bara på grund av att adekvat medicinsk behandling kan försummas i de enskilda fallen utan också på grund av behandlingen som sådan.

Kommitténs uppfattning återspeglas i dess förslag till lag om alternativmedicinsk verksamhet m.m. Enligt min mening är den föreslagna lagen, med hänsyn till de risker för de vårdsökande som är förenade med denna verksamhet, tandlös. För att minimera dessa risker ser jag det som nödvändigt att verksamheten lagregleras mer ingående och i större omfattning än som föreslås i betänkandet.

I det följande kommenterar jag betänkandet med utgångspunkt i kommitténs lagförslag. Därefter följer synpunkter på avsnitten om antroposofiska medel och alkoholhaltiga naturmedel.

Registrering och skydd för yrkesbeteckning

Kommitténs förslag i 3 § att införa en medicinsk basutbildning för alternativmedicinska behandlare på ca 1 år är acceptabelt. Även om man kan tycka att det blir en kort utbildning är det knappast realistiskt att kräva en mer omfattande basutbildning. Genom denna utbildning får terapeuten en ökad möjlighet att avgöra vad som den etablerade sjukvården måste ta hand om och vad som är olämpligt att behandla med den alternativa metoden. I motsats till kommittén anser jag dock att en sådan utbildning skall vara obligatorisk för dem som yrkesmässigt ägnar sig åt att behandla sjuka

människor. Det finns ingen grund för att som kommittén tro att gruppen helt medicinskt utbildade terapeuter kommer att försvinna på grund av konkurrens med de utbildade. Detta är samma resonemang som fördes i förarbeten till den nuvarande "kvacksalverilagen". Man ansåg då att den alternativa sektorn automatiskt skulle konkurreras ut när man fick ökad tillgång till välutbildad personal inom den etablerade vården. Utvecklingen blev ju som bekant helt annorlunda. Naturligtvis kommer det att ta åtskillig tid innan alla verksamma alternativmedicinska terapeuter genomgått den i lagen föreskrivna erforderliga medicinska basutbildningen. För att göra det möjligt för alternativmedicinare, som inte uppfyller utbildningskravet, att i avvaktan på utbildning bedriva sitt yrke, bör med hänsyn härtill övergångsbestämmelser utfärdas att gälla under förslagsvis 5-8 år.

Kommittén framför två olika alternativ till registrering av utbildade terapeuter dels registrering i socialstyrelsen, dels i konsumentverket/länsstyrelsen. Jag finner det olämpligt att förlägga den föreslagna registreringen till socialstyrelsen eftersom detta lätt kan uppfattas som en samhällelig auktorisation på högsta medicinska nivå av själva verksamheten. Detta är det ju inte alls fråga om. Begreppet registrering är också tveksamt eftersom missförstånd och risk för förväxling lätt uppkommer. Skillnaden mellan leg. och reg. kan vara svår att förstå. Enligt min uppfattning är det fråga om en näringsverksamhet, som bör förtecknas på länsstyrelserna eller möjligen på konsumentverket och detta bör gälla alla, som yrkesmässigt bedriver alternativmedicinsk verksamhet. I förteckningen bör införas om vederbörande har genomgått medicinsk basutbildning eller inte (detta gäller övergångsperioden).

Om beslutet trots dessa invändningar blir att förteckningen skall vara en uppgift för socialstyrelsen bör termen registrering inte användas.

Inskränkningar i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Det hade varit önskvärt att helt förbjuda alternativmedicinsk behandling av barn eftersom de inte kan sägas ha möjlighet att självständigt ta beslut och ansvar för sin vård. Av skäl som framförs i betänkandet är detta dock helt orealistiskt. Enligt min uppfattning uppnår man bästa möjliga skydd för barnen genom de inskränkningar, som föreslås beträffande behandling av barn i 6 §. Ordet "registrerat" bör dock utbytas mot "genomgått föreskriven medicinsk basutbildning".

I samma paragraf stadgas att socialstyrelsen efter regeringens bemyndigande skall kunna förbjuda alternativmedicinsk behandling av vissa sjukdomar. Bemyndigandet bör dessutom omfatta inskränkningar vid behandling av vissa angivna sjukdomar. I betänkandet finns några sådana sjukdomar uppräknade, som inte får behandlas av alternativmedicinare om den vårdsökande inte först haft kontakt med läkare beträffande sjukdomen. Jag menar att denna inskränkning inte är tillräcklig. Om alternativmedicinsk behandling av sådana sjukdomar skall få genomföras bör samma regler gälla som föreslagits beträffande behandling av barn mellan 3 och 15 år. Detta innebär att behandlaren bör ha den medicinska basutbildningen, den behandlade bör ha regelbunden läkarkontakt för sjukdomen och läkaren skall ha vetskap om den alternativmedicinska behandlingen. Den behandlade får heller inte uppmanas

att avstå från den behandling som ordinerats av läkare.

I gällande lagstiftning finns krav om personlig undersökning av den som man behandlar (förbud mot "brevkvacksalveri") samt förbud mot att utöva verksamheten under kringresande från ort till annan. Jag menar att dessa stadganden bör finnas kvar. Enligt min uppfattning finns det anledning att misstänka att sådana verksamheter åter kommer att tas upp om förbudet upphävs.

Ansvar

Som jag tidigare framhållit är alternativmedicinsk behandling ingalunda alltid utan risker. Den vårdsökande kan skadas eller utsättas för risk för sådan skada, vilket kan ske genom olämplig behandling eller genom att läkarbehandling avbryts eller försenas. Om behandlaren uppsåtligen eller av grov oaktsamhet vållat den vårdsökande skada genom sin behandling eller på så sätt utsatt denna för en allvarlig risk härför bör vederbörande behandlare kunna åläggas straffpåföljd. Lagförslaget från kommittén innehåller inget sådant stadgande. Enligt min mening bör emellertid detta ovillkorligen införas genom en lämplig modifikation av 7 § i gällande lag 30 juni 1960 (nr 409). Enda påföljd som nämns i kommittéförslaget är böter. Påföljden för brott mot lagen bör enligt min mening vara böter eller fängelse. Vidare bör socialstyrelsen ha möjlighet att meddela förbud att utöva alternativmedicinsk verksamhet under viss tid eller för alltid för den som dömts för allvarligt brott mot denna lag.

Eftersom komplikationer kan förekomma till såväl alternativmedicinsk medicinering som annan alternativmedicinsk behandling bör behandlare åläggas att rapportera till tillsynsmyndigheten sådana komplikationer, som inte är ringa. Det har visat sig vara en klar brist att sådan anmälningsskyldighet inte föreligger i dag. En sådan rapportering skulle göra det möjligt att upptäcka speciellt riskabla behandlingsmetoder.

I betänkandet framförs önskemål om att de alternativmedicinska utövarna bör teckna försäkringar för att de som drabbats av behandlingsskada skall kunna få ersättning. Bl.a. av detta skäl men även av tillsynsskäl anser kommittén att de som är "registrerade" bör föra behandlingsanteckningar. Enligt min uppfattning är det av synnerligen vikt för säkerheten i vården att all behandling dokumenteras. Jag anser därför att det i lag bör stadgas att alla alternativmedicinska behandlare *skall* föra behandlingsanteckningar, där minimiuppgifterna skall vara den vårdsökandes namn, födelsedag, anledning till besöket och åtgärd.

Antroposofiska medel

Kommittén föreslår att förteckningen över de medel som undantas från läkemedelskontrollen utvidgas med antroposofiska medel. I motiveringen sägs, att så endast kan ske om betryggande erfarenhet föreligger genom längre tids användning och att medlet inte medför hälsorisker för människor vid normalt bruk.

Som framhålls i betänkandet skulle flertalet antroposofiska medel mycket

väl kunna klassificeras och behandlas antingen som homeopatika eller naturmedel. Eftersom några få preparat inte kan klassificeras på detta sätt är det också acceptabelt att preparat för peroralt bruk (dvs. preparat som intas genom munnen) undantages från läkemedelsförordningen på sätt som föreslagits. Jag förutsätter dock att dessa medel kommer att kontrolleras på samma sätt som naturmedel.

När det gäller antroposofiska preparat för injektion är situationen annorlunda. Här är det speciellt uppenbart att den s.k. betryggande erfarenheten kan vara falsk. Preparaten betecknas som ofarliga om de utöver denna "betryggande erfarenhet" visar vara bakteriefria. Detta är med nuvarande kunskaper inte korrekt. Som jag tidigare påpekat i särskilt yttrande till kommitténs delbetänkande "Injektion av naturmedel" och som också kan utläsas av betänkangets avsnitt om antroposofiska medel är kontrollen av dessa lösningar högst bristfälliga. Jag anser därför att antroposofiska medel för injektion endast skall få användas efter tillstånd av socialstyrelsen med samma krav som gäller för naturmedel för injektion enligt 9 § förordning 1986:674 med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion.

Alkoholhaltiga naturmedel

Det har länge inom farmakologin arbetats på att framställa läkemedel utan eller med obetydligt alkoholnehåll. Att då tillåta naturmedel med 60 % alkoholhalt förefaller egendomligt. Tillverkarna har (citerat i betänkandet) framfört en lång rad skäl för att medlet försämras om denna höga halt inte tillåtes. Bl.a. pekar man på att lukt eller smak förändras. Samtidigt framhålls i betänkandet att smaken måste vara så motbjudande att medlet inte skall fresta till missbruk. Inga av de skäl som framförs av tillverkaren för den höga alkoholhalten accepteras av farmakologisk expertis. Eftersom medlet heller inte har någon visad effekt vill jag bestämt avstyrka att naturmedel med högre alkoholhalt än 10 viktprocent får försäljas.

Särskilt yttrande av experten Birgitta Baltzar

Förslaget till lag om alternativmedicinsk verksamhet m.m. är enligt min uppfattning inte i alla avseenden tillfredsställande. Jag inskränker mig här till att påpeka de svagheter som är mest väsentliga från konsumentsynpunkt.

Det är angeläget att det i lagen finns bestämmelser om marknadsföring av alternativmedicinska tjänster. Området är speciellt och ofta svårgripbart för konsumenter som befinner sig i en utsatt position. Med hänsyn härtill behövs särskilda regler till ledning för dem som marknadsför tjänsterna. Kommittén anser att marknadsföringen bör vara restriktiv men detta ställningstagande kommer inte till uttryck i författningstexten. Frågan om lagreglering av marknadsföring diskuterades redan i samband med den nu gällande lagens tillkomst men man fann att den frivilliga reglering som då fanns var tillräcklig. I dag är läget dock ett annat. *Bestämmelserna som reglerar marknadsföringen bör alltså enligt min mening finnas i lagen och en handling som strider mot dessa skall anses otillbörlig enligt marknadsföringslagen.*

Kompetens hos de alternativmedicinska yrkesutövarna (utbildning) är en

förutsättning för att patienterna skall bli behandlade på ett adekvat och säkert sätt. Det förefaller märkligt att denna säkerhet skall vara beroende av den enskilde yrkesutövarens frivilliga insatser för att skaffa sig kunskaper. Det är dessutom angeläget att känna till vilka som verkar inom detta område, inte minst av tillsynsskäl. Jag anser därför att *en grundläggande medicinsk utbildning – efter en viss övergångstid – borde vara ett krav för att få vara verksam på området och att alla bör vara registrerade*. Kommittén menar att de föreslagna "fördelarna" med utbildning och därpå följande registrering kommer att medföra att i stort sett alla på sikt kommer att skaffa sig denna kompetens. Jag delar inte denna uppfattning eftersom fördelarna är alltför begränsade. Registreringen kan dessutom från vissa yrkesutövares sida uppfattas som en nackdel.

Som förslaget nu är utformat innebär rätten att kalla sig registrerad en "säljfrämjande åtgärd" samtidigt som registreringsuppgiften skall tjäna som en konsumentupplysning. Eftersom "titelskyddet" är begränsat till enbart beteckningen "reg" blir detta i praktiken en chimär. För vissa yrkesgrupper, t.ex. kiropraktorer, innebär detta att det kan finnas både legitimerade och registrerade samt dessutom "ospecificerade" utövare. Konsumenten torde normalt inte uppmärksamma eller uppfatta betydelsen av t.ex. frånvaron av ordet "reg" i en annons för alternativmedicinsk behandling. Enligt min mening bör man därför *åtminstone föreskriva att endast utbildade och registrerade yrkesutövare skall få marknadsföra sina tjänster*. En sådan föreskrift skulle dessutom vara ett ytterligare skäl för utbildning.

Vissa regler i kvacksalverilagen saknas i förslaget. I flera fall anser jag detta vara olämpligt. Särskilt kan nämnas förslaget att avskaffa möjligheten att döma för hälsofarligt kvacksalveri *följt av socialstyrelsens beslut om yrkesförbud*. Från konsumentsynpunkt är det självklart angeläget att personer som i sin yrkesutövning riskerar människors hälsa och liv kan stoppas. Genomförs förslaget kan den som t.ex. dömts för vållande till kroppsskada utan hinder fortsätta sin verksamhet.

Avslutningsvis vill jag påpeka att en översyn av "kvacksalverilagen" enligt Konsumentverkets bedömning är angelägen. Verket har redogjort för sina erfarenheter och lämnat synpunkter och förslag i en skrivelse den 9 december 1987 till regeringen (socialdepartementet). Skrivelsen har överlämnats till kommittén.

Särskilt yttrande av experten J. Lars G. Nilson

Då socialstyrelsen bedömer läkemedel tillämplar man huvudregeln att läkemedel som innehåller 10 % eller mer sprit skall vara receptbelagda. Skälet till detta är inte i första hand risken för att medlen används i berusningssyfte. I stället är skälet att de som använder medlen inte skall riskera att inta alkohol ofrivilligt. De receptbelagda medel som innehåller högre mängder sprit (mer än 10 %) är försedda med varningstriangel som visar att de är olämpliga att använda vid t.ex. bilkörning.

Naturmedel är läkemedel som undantagits från den kontroll som läkemedelsförordningen föreskriver. Kommittén föreslår att dessa läkemedel – naturmedel skall kunna försäljas fritt oberoende av alkoholhalt.

Jag kan som expert i kommittén inte ansluta mig till detta förslag. Skälen är främst följande:

1. Flera naturmedel försäljs i dag på dispens trots att de innehåller 50–60 % alkohol, dvs. mer än i den starkaste sprit som finns att köpa på Systembolaget.
2. Många människor som använder dessa medel kommer att ofrivilligt och ovetande inta alkohol. Många följer dessutom inte doseringsföreskrifterna utan intar större kvantiteter än som rekommenderas. Det finns ett rättsfall i Sverige, där en person anklagades för rattonykterhet efter att ha tagit en större kvantitet av ett av de aktuella preparaten.
3. Det hävdas från tillverkarna att dessa medel inte kan beredas om de inte får ha en hög alkoholhalt. Min bedömning är att detta är fel och att det går att utveckla acceptabla produkter utan alkoholinnehåll i den slutliga beredningen.

Särskilt yttrande av experten Ylva Ronne

Kommitten har behandlat frågan om hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att ge alternativ behandling till patienter.

Jag är i princip överens med kommittén om det resonemang som förts i anslutning härtill. Jag anser dock, i motsats till kommittén, att det är en felaktig förutsättning att det oklara rättsläget skulle kunna utgöra en grund för att ge ett ökat utrymme för patientens önskemål om alternativ behandling.

Tvärt om finns det all anledning att förmoda att de rättsbildande instanserna kommer att ha en allt restriktivare syn på metoder som ligger utanför vetenskap och beprövad erfarenhet.

Jag anser därför med hänsyn till att alternativbehandling i icke obetydlig utsträckning utförs av hälso- och sjukvårdspersonal att det fordras en särskild lagstiftning som undanröjer de olägenheter den rådande osäkerheten medför för både personal och patienter.

Det finns naturligtvis en nackdel med en särskild lagstiftning och det är att den markerar tydligare skiljelinjen mellan den etablerade resp. den alternativa medicinen. Å andra sidan är fördelen att man kan garantera sedvanligt utprövad behandling till alla de som förväntar sig sådan när de uppsöker sjukvården.

Man vinner också fördelar i ansvarshänseende när det gäller bedömningar av fel och försummelse i yrkesutövningen med den lagstiftningsmodell jag förespråkar.

Den allmänna utgångspunkten för mitt förslag är

- att patientens intressen beaktas
- att patienternas behov och önskemål skall utgöra det överordnade målet för vården där endast tillförlitlighet och säkerhet samt tillgängliga resurser i vården sätter gränser

- att för hälso- och sjukvårdspersonalen och huvudmännen finns ingen skyldighet men väl en rekommendation att tillmötesgå patientens begäran om alternativmedicinska metoder
- att patienten själv begär behandling med alternativmedicinsk behandling
- att undanröja osäkerheten bland hälso- och sjukvårdspersonalen om vad som gäller beträffande rätten att använda alternativa metoder genom lagstiftning.

Förslag till särskild lagstiftning

Lagen bör avse vård och behandling av patienter med metoder som inte är allmänt vedertagna inom hälso- och sjukvården (alternativ medicin) och som utförs av den hälso- och sjukvårdspersonal som omfattas av lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (1980:11).

Lagen skall således omfatta den personal som står under socialstyrelsens tillsyn enligt tillsynslagen. Detta innebär inte att all hälso- och sjukvårdspersonal får använda alternativmedicinska terapier. Däremot får de ta befattning med dessa metoder under förutsättning att de har en ordination av den som äger rätt att besluta om användning av alternativmedicin.

Beslut om användning av alternativ medicin får endast fattas av de yrkesgrupper som har legitimation enligt behörighetslagen ("ordinationensrätt"). Dessa grupper är nio till antalet: barnmorska, glasögonoptiker, logoped, läkare, psykolog, psykoterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska och tandläkare.

Det ter sig naturligt att knyta ordinationsrätten till legitimationen. Syftet med legitimationen är bl.a. att denna står för en hög grad av självständighet i yrket och en kvalificerad yrkesbakgrund och med ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården. Det är också så att dessa yrkesgrupper i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten t.ex. som fria yrkesutövare.

Alternativmedicin utövas i dag framför allt av läkare och sjuksköterskor. Bland de övriga grupperna förekommer i mindre utsträckning barnmorskor, sjukgymnaster och psykologer.

Det förefaller dock inte ändamålsenligt att plocka ut några ur gruppen legitimerade då samtliga står för de grundläggande kraven. En självklarhet är att dessa grupper är väl förtrodda med den alternativa metod som de skall använda.

Alternativmedicin får användas först sedan allmänt vedertagna metoder använts och patienten begär det.

I likhet med kommittén anser jag att det nu krävs en mer öppen attityd till okonventionella behandlingar och att människors egna upplevelser och önskemål också när det gäller detta vårdutbud måste tillmätas betydelse. Samtidigt måste gränser sättas av krav på säkerhet.

Det jag föreslår ligger väldigt nära gällande rätt men det innebär ett ökat medbestämmande för patienten – vilket är i linje med hälso- och sjukvårdslagen – att själv fatta beslut om i vilket skede den konventionella behandlingen skall avslutas, alternativt försiggå samtidigt med alternativ behandling.

En besvärlig fråga är naturligtvis i vilket stadium av behandlingen patient och behandlare kan komma överens om när den konventionella terapin skall

avbrytas alternativt fortsätta parallellt med alternativa metoder. Vid bristande överensstämmelse är det min uppfattning att patientens mening skall vara avgörande.

Eftersom sjukvårdspersonal aldrig kan tvingas utföra alternativmedicinsk behandling så innebär det antingen att personal och patient måste vara överens eller att patient hänvisas till annan behandlare.

En annan aspekt är vilken undersökningsplikt som kan åläggas de yrkesutövare som enbart sysslar med alternativmedicinska metoder. Min uppfattning är att denna måste göra sig underrättad om vilka behandlingar och terapier patienten tidigare gått igenom och ta kontakt med de behandlare patienten gått hos. Journal måste med patientens samtycke rekvireras.

Risk finns naturligtvis att just dessa yrkesutövare snabbare konstaterar att konventionell terapi prövats utan framgång. Det ligger ju i sakens natur eftersom dessa yrkesutövare valt bort konventionell terapi i sin yrkesutövning.

Å andra sidan handlar yrkesutövaren under medicinskt yrkesansvar och kan således ställas till ansvar om undersökningsplikten inte noggrant fullgörs. Jag anser därför att tillfredsställande säkerhet finns för att vederbörande noggrant tar reda på vilken konventionell terapi patienten har gått igenom.

Den alternativmedicinska metoden som används skall vara utan kända skadeverkningar. Däremot behöver metoden inte ha dokumenterad nyttoeffekt.

I likhet med vad som gäller för alternativmedicinska behandlare som ej är hälso- och sjukvårdspersonal bör finnas vissa inskränkningar i behandlingsverksamheten. Detta bör gälla restriktioner, dels när det gäller behandling av barn och förbud mot att behandla vissa sjukdomar eller använda vissa metoder i den alternativmedicinska behandlingen.

De yrkesutövare som avser att enskilt utöva alternativmedicinsk verksamhet skall genom registrering anmäla detta till socialstyrelsen.

För alternativmedicinsk verksamhet gäller i övrigt lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal. Av främst intresse är frågan om hur hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd skall hantera frågan om eventuell försummelse inom alternativmedicinsk verksamhet. Normalt prövar nämnden om vården getts enligt vetenskap och beprövad erfarenhet eller annat tillämpligt krav i specialförfattning. Det kan ju också vara fråga om brott mot eventuella säkerhetsföreskrifter.

Enligt mitt förslag skall nämnden enbart göra en formell prövning av att förutsättningar enligt lagen föreligger för att alternativmedicin får användas i det enskilda fallet. I viss mån ingår ett materiellt prövningsförfarandet i det att nämnden måste ta ställning till om metoden har kända skadeverkningar och på vilket sätt behandlingen genomförts. Behandlingen måste givetvis genomföras på ett "sakkunnigt och omsorgsfullt sätt".

Vidare skall patienten visas omtanke och respekt och tystnadsplikten gäller på sedvanligt sätt.

Vidare gäller i tillämpliga delar alla de särskilda föreskrifter som socialstyrelsen utgivit för hälso- och sjukvården, främst av säkerhetskaraktär. Patientjournal skall föras i enlighet med patientjournallagen.

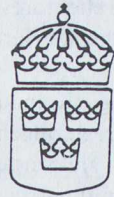
FÖRFATTNINGSFÖRSLAG

Lag om hälso- och sjukvårdspersonals verksamhet som inte är allmänt vedertagen inom hälso- och sjukvården (alternativ medicin)

- 1 § Denna lag avser vård och behandling av patienter med metoder som inte är allmänt vedertagna inom hälso- och sjukvården (alternativ medicin) och som utförs av den hälso- och sjukvårdspersonal som omfattas av lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (1980:11).
- 2 § Beslut om användning av alternativ medicin får endast fattas av de yrkesgrupper som har legitimation enligt 2 § lagen om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (1984:542).
- 3 § Alternativ medicin får användas först sedan allmänt vedertagna metoder använts och patienten begär det.
- 4 § Den alternativmedicinska metoden som används skall vara utan kända skadeverknningar. Däremot behöver metoden inte ha dokumenterad nyttoeffekt.
- 5 § Behandling av barn under femton år med alternativ medicin får endast ske om barnet har regelbunden läkarkontakt och läkaren har vetskap om den alternativmedicinska verksamheten.
Barnet eller den som har vårdnaden om barnet får inte uppmanas att avstå från den behandling som läkare ordinerat.
Barn under tre års ålder får ej behandlas med alternativ medicin.
- 6 § Den yrkesutövare som avser att enskilt utöva alternativmedicinsk verksamhet skall genom registrering anmäla detta till socialstyrelsen. I anmälan skall anges verksamhetens inriktning och omfattning, liksom den utbildning eller den praktiska erfarenhet som ligger till grund för anmälan.
Rapport om verksamhetens inriktning, omfattning och resultat skall inges till socialstyrelsen för varje år. Socialstyrelsen skall meddela föreskrifter härom och fastställa formulär för såväl registreringsanmälan som rapporten.
- 7 § Före undersökning och behandling med alternativ medicin skall patienten ges noggranna upplysningar om metoden. Patienten skall även upplysas om att metoden inte är allmänt vedertagen i hälso- och sjukvården och när detta är känt, om anledningen härtill.
- 8 § För alternativmedicinsk verksamhet gäller i övrigt lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (1980:11).
- 9 § Patientjournal skall föras inom alternativmedicinsk verksamhet. Patientjournal-lagen (1985:562) gäller därvid.

BILAGA

Kommittédirektiv



Dir 1984:46

Utredning av frågor kring alternativ medicin m.m.

Dir 1984:46

Beslut vid regeringssammanträde 1984-12-20

Statsrådet Sigurdsen anför.

Jag föreslår att en kommitté tillkallas för att överväga frågor kring den s.k. alternativa medicinen.

I Sammanfattning av utredningsuppdraget

En kommitté bör tillsättas för att utreda frågor som rör den alternativa medicinens ställning i vårt samhälle. Utgångspunkten för kommittén bör vara att den enskilde så långt det är möjligt får frihet att själv välja erbjudna behandlingsformer och behandlingsmetoder. Samtidigt måste den vårdsökandes behov och säkerhet beaktas. Krav på yrkesutövare och metoder inom den alternativa medicinen måste givetvis ställas för att garantera patienternas säkerhet i vård och behandling. Detta innebär bl.a. att garantier måste skapas dels för att rätt diagnos blir ställd, även om en person som drabbats av sjukdom väljer att låta sig behandlas med alternativa metoder och dels för att de använda metoderna i sig inte är hälsovådliga.

En kartläggning bör göras av vilka alternativa metoder för hälso- och sjukvård som förekommer i landet. Kommittén bör även få till uppgift att kartlägga upplevda behov och efterfrågan av alternativa metoder. Kommittén bör därvid även belysa kulturella och sociala skäl till att personer söker sig till yrkesutövare utanför den etablerade hälso- och sjukvården. Den utbildning av sådana verksamheter som bedrivs t.ex. vid privata skolor och institut bör också kartläggas. Efter en inledande kartläggning har kommittén rätt att som den finner lämpligt begränsa sitt uppdrag för en fördjupad analys. Kommittén bör inom de ramar kommittén beslutar försöka ange de hälsomässiga värdena av olika metoder såväl i ett förebyggande som behandlande och rehabiliterande perspektiv. Kommittén bör pröva vilka alternativa metoder som kan vara av värde inom den etablerade hälso- och sjukvården. Kommittén bör även överväga lämpliga former för att informera allmänheten och myndigheter om alternativa metoder. Kommittén bör ge en

överblick över forsknings- och utvärderingsprojekt på området samt ha rätt att initiera eller föreslå nya sådana projekt. Kommittén bör försöka ta tillvara internationella erfarenheter och rön på området.

Kommittén bör se över nuvarande kvacksalverilag och föreslå ny lagstiftning. Kommittén äger därvid förutsättningslöst pröva hur den framtida regleringen av begränsningarna i rätten att vara verksam inom hälso- och sjukvården bör vara utformad.

I kommitténs uppdrag bör även ingå att överväga definitioner och avgränsningar inom området för den alternativa medicinen.

Kommittén bör vidare analysera i vilken utsträckning ersättning skall kunna erbjudas patienter som får behandling med alternativa metoder inom ramen för nuvarande ersättningsystem.

Kommittén bör med förtur göra en utvärdering av lagen (1981:50) med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion samt redovisa förslag till framtida reglering före den 1 oktober 1985.

Kommitténs arbete bör vara avslutat under år 1988.

II Bakgrund

Den vårdpolitiska utvecklingen

Under de senaste årtiondena har hälso- och sjukvården i vårt land genomgått en snabb utveckling. Vårdpolitiken har inriktats på att få till stånd en ändrad struktur av hälso- och sjukvården.

Det finns en strävan att starkare inrikta hälso- och sjukvården mot förebyggande insatser och att göra den mer offensiv för att därmed främja hälsotillståndet hos befolkningen och förebygga ohälsa.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen – HSL – (1982:763) ger landstingskommunerna ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa, men också större frihet att utforma hälso- och sjukvården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Det övergripande målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

HSL lägger ett ansvar på landstingskommunerna att planera hälso- och sjukvården efter människornas behov. Planeringen skall omfatta även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstingskommunen.

I rapporten från hälso- och sjukvårdsberedningen (SOU 1984:39) Hälsa och sjukvård inför 90-talet framhålls att människors anspråk på hälso- och sjukvårdstjänster har ökat. Människor kräver ett utvidgat stöd av samhället för att de skall kunna vidmakthålla vad som uppfattas som god hälsa och få en god vård. Likaså har synen på vad som är sjukdom och ohälsa förändrats. Hälsa uppfattas numera allmänt som ett positivt begrepp som inte bara innebär frånvaro av sjukdom eller skada. Människors intresse för hälsofrågor och livsföringens betydelse för den egna hälsan utgör sålunda en grund för ett

aktivare engagemang från hälso- och sjukvårdens sida i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Den helhetssyn på människan som betonas av HSL och som blivit allt vanligare inom hälso- och sjukvården har visat på ett ökat behov av förbättrat omhändertagande i vården. En sådan helhetssyn förutsätter också kunskap om det utbud av alternativa behandlingsmöjligheter som erbjuds och efterfrågas av en stor del av befolkningen.

Den s.k. alternativa medicinen utgör en del av det samlade vårdutbud som erbjuds befolkningen. Alternativa förebyggande och behandlande åtgärder – vid sidan av de metoder som accepterats inom den etablerade hälso- och sjukvården – efterfrågas av många människor. Kunskaper som växt fram om alternativa behandlingsmetoder har också under århundraden tagits upp och vidareutvecklats inom den medicinska vetenskapen. Samtidigt har förelegat – och föreligger – ett spänningsförhållande mellan företrädare för alternativa vårdmetoder och den vetenskapliga medicinen. Uppdelningen förstärks av att olika lagstiftning gäller för de två systemen.

Rätten att vara yrkesverksam inom hälso- och sjukvården

Ett mycket stort antal personer är verksamma som yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Också antalet yrken är betydande. För flertalet av dessa finns inte någon rättslig reglering som inskränker möjligheterna för personer utan erforderlig utbildning att vara yrkesverksamma. Detta är en konsekvens av att det som huvudprincip står envar svensk medborgare fritt att utöva näring. Principen har dock vissa begränsningar på hälso- och sjukvårdens område.

Bestämmelserna om rätten att vara verksam på hälso- och sjukvårdens område finns såväl i den s.k. kvacksalverilagen (1960:409) som i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. Kvacksalverilagen tar sikte på lekmäns verksamhet på området, medan behörighetslagen avser hälso- och sjukvårdspersonal för vilka gäller särskilda krav på kompetens för yrket. Bestämmelserna i de båda lagarna innebär bl.a. att vissa yrkesutövare ges ensamrätt att utöva yrke inom hälso- och sjukvården. Vidare ges ett straffrättsligt skydd för vissa yrkestitlar och yrkesbeteckningar på hälso- och sjukvårdens område. Enligt lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. – tillsynslagen – skall den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen vinnlägga sig om att ge patienten en sakkunnig och omsorgsfull vård. Av föreskrifter i instruktioner och reglementen följer att den verksamhet som yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedriver skall vara i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Genom kvacksalverilagen har området för lekmäns verksamhet avsevärt

begränsats. Kvacksalverilagen gäller för personer som utan den av samhället fastställda medicinska kompetensen mot ekonomisk ersättning undersöker eller behandlar sjukliga tillstånd hos människor genom att vidta eller föreskriva åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte. Lagen omfattar inte de legitimerade yrkesutövarna och inte heller annan hälso- och sjukvårdspersonal. Kvacksalverilagen är inte heller tillämplig på verksamhet inom tandvården.

En lekman är genom bestämmelser i lagen förbjuden att behandla vissa smittsamma sjukdomar, cancer och andra elakartade svulster, sockersjuka, epilepsi samt sjukdomar i samband med havandeskap och förlossning. Vidare är undersökning eller behandling av barn, som inte fyllt åtta år, och rådgivning per korrespondens utan personlig undersökning förbjuden. Genom ett tillägg år 1982 i kvacksalverilagen har utprovning eller tillhandahållande av kontaktlinser förbjudits.

Vissa undersöknings- och behandlingsmetoder förbehålls hälso- och sjukvårdspersonalen. Detta gäller allmän bedövning, lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel, hypnos samt radiologiska metoder. Ambulerande verksamhet och verksamhet av den som inte är svensk medborgare förbjuds.

Den som utan att tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen i strid mot kvacksalverilagens bestämmelser behandlar någon, och därvid uppsåtligen eller av oaktsamhet orsakar patienten skada som inte är ringa, eller framkallar fara för sådan skada, döms för hälsofarligt kvacksalveri till böter eller fängelse. Straffbestämmelsen gäller vare sig skadan eller faran orsakats av olämplig behandling eller genom avbrott i läkarvård eller dröjsmål med sådan vård. Det befriar inte från ansvar, att kvacksalvaren på grund av bristande utbildning eller erfarenhet inte kunnat inse sjukdomens natur eller förutse skadan eller faran.

Tillsyn

Hälso- och sjukvårdspersonalen är underkastad samhällets tillsyn enligt tillsynslagen.

Till hälso- och sjukvårdspersonalen hör förutom anställda inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården, även legitimerade yrkesutövare i enskild tjänst och de som biträder sådana yrkesutövare samt anställda vid apotek.

Tillsynen gäller oberoende av om yrkesutövaren är anställd hos stat, kommun eller enskild eller är verksam som fri yrkesutövare. Socialstyrelsen eller den styrelsen förordnar har rätt att inspektera personalens verksamhet. Efter anmaning skall en yrkesutövare lämna styrelsen de handlingar och upplysningar om verksamheten som styrelsen behöver för tillsynen. Av

styrelsens tillsynsfunktion följer också att yrkesutövarna skall följa de föreskrifter som styrelsen meddelar för yrkesutövningen. I instruktioner och reglementen för olika grupper av yrkesutövare har dessas skyldigheter mot styrelsen kommit till uttryck på ett likartat sätt.

Frågor om disciplinansvar och om återkallelse av legitimationer m.m. prövas av en särskild, från socialstyrelsen fristående nämnd, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Om den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen uppsåtligen eller av oaktsamhet åsidosätter vad som åligger honom i hans yrkesutövning och felet inte är ringa, får disciplinpåföljd i form av erinran och varning åläggas honom. Förutom dessa påföljder finns, med avseende på de legitimerade yrkesutövarna möjligheten till återkallelse av legitimationen.

All hälso- och sjukvårdspersonal är underkastad bestämmelser om tystnadsplikt.

Utövare av metoder inom den alternativa medicinen är som regel underkastade kvacksalverilagens bestämmelser. Någon reguljär tillsynsverksamhet förekommer inte enligt lagen. Inte heller gäller föreskrifter om tystnadsplikt för dem som bedriver verksamhet enligt kvacksalverilagen.

Lagstiftningen om naturmedel

Genom en ändring i läkemedelsförordningen kan s.k. naturmedel från år 1978 undantas från läkemedelsförordningens bestämmelser om läkemedel. Ändringen omfattar dock inte naturmedel som används för injektion. En särskild lag (1981:50) reglerar under tiden den 1 juli 1981 – den 30 juni 1986 användningen av sådana injektionsmedel. Sådana medel skall vara oskadliga för patienten men några krav på dokumenterad effekt ställs inte upp. Beslut om injektion är förbehållet läkare. För injektion av barn under 15 år krävs socialstyrelsens tillstånd. Enligt riksdagens beslut skall en utvärdering av lagens konsekvenser bli vägledande för frågan om en fortsatt giltighet av denna (SoU 1980/81:7, rskr 55).

Metoder inom den alternativa medicinen

I Sverige förekommer åtskilliga förebyggande och behandlande verksamheter inom den alternativa medicinen. De verksamheter som torde vara vanligast förekommande kan delas in enligt följande:

1. *Förebyggande verksamhet* (t.ex. kostvanor – fasta, vegetarisk kost – och behandling med naturmedel)
2. *Diagnostiskt inriktade metoder* (t.ex. fotzonsdiagnostik och irisdiagnostik)

3. *Behandlingar med naturmedel och liknande* (t.ex. homeopati och THX-behandling)
4. *Fysikaliska behandlingsmetoder* (t.ex. kiropraktik och akupunktur)
5. *Metoder med huvudsaklig inriktning mot de psykiska funktionerna* (t.ex. yoga och healingmetoder)

Socialstyrelsens roll

Socialstyrelsen följer utvecklingen inom den alternativa medicinen.

Skälet till att alternativa behandlingsmetoder inte accepteras inom den etablerade hälso- och sjukvården är oftast att vetenskapligt invändningsfria värderingar av metoderna inte kunnat ge stöd för att de har objektiv effekt. För vissa metoder saknas sådana utvärderingar helt.

Socialstyrelsen har i en skrivelse till regeringen i december 1974 uttryckt en positiv inställning till att undersökningar av medicinskt kontroversiella metoder kunde komma till stånd. Styrelsen förklarade sig också beredd att initiera och stödja sådana prövningar av metoder vilka ur allmän synpunkt kan vara av intresse.

Efter utredning föreslog medicinalansvarskommittén (MAK) år 1979 att försöksverksamhet med *kiropraktorer* skulle startas vid några sjukhus för en utvärdering av behandlingsmetoder. En sådan försöksverksamhet har ännu inte kommit till stånd men planeras av socialstyrelsen.

För att få en samlad bedömning av kunskapsläget om *akupunktur* uppdrog socialstyrelsen år 1980 till två experter att granska den vetenskapliga litteraturen och ge en bedömning av akupunkturens effekter. En rapport i ämnet avlämnades hösten 1982. Rapporten remitterades till ledamöter i styrelsens vetenskapliga råd samt vissa andra experter.

Med utgångspunkt i rapporten och remissyttrandena över denna har socialstyrelsen hösten 1984 godkänt akupunktur som behandlingsmetod inom hälso- och sjukvården och tandvården vid framför allt kronisk smärta.

Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter och allmänna råd i ämnet för hälso- och sjukvårdspersonalen. Bestämmelserna innebär att legitimerade läkare och tandläkare får använda akupunktur med rätt att delegera det praktiska utförandet till annan personal enligt de principer som gäller för delegation inom hälso- och sjukvården och tandvården. Enskilt verksamma barnmorskor, legitimerade sjuksköterskor och legitimerade sjukgymnaster som skaffat sig erforderlig kunskap om akupunktur får använda metoden efter remiss från legitimerad läkare eller tandläkare.

Socialstyrelsen har genomfört viss utredning för att bl.a. klargöra *hälsohemmens* organisatoriska ställning inom hälso- och sjukvården. Utred-

ningen visar bl.a. att många s.k. alternativa behandlingsmetoder (olika badbehandlingar, zonerapi, magnetterapi, kiropraktik, bindvävsmassage, akupressur, akupunktur, behandling enligt homeopatiska och antroposofiska principer m.m.) tillämpas vid ett flertal enskilt drivna hälsohem. Styrelsen har hittills inte haft möjlighet att utvärdera de olika behandlingsmetoderna.

Socialstyrelsens styrelse har den 26 oktober 1984 beslutat hemställa hos regeringen om att en utredning tillsätts för att förutsättningslöst pröva värdet av olika metoder inom den alternativa medicinen och behovet av en översyn av kvacksalverilagen m.m.

Tidigare riksdagsbehandling

Den alternativa medicinen har under en följd av år efter motioner varit föremål för riksdagens behandling. Socialutskottet har i sitt betänkande SoU 1983/84:12 – som godkänts av riksdagen – principiellt uttalat sig för att det finns skäl att ha en öppen attityd inför icke-konventionella behandlingsmetoder som patienter tycker sig bli hjälpta av, även om metodernas effektivitet inte alltid är vetenskapligt belagd. Förutsättningen var självfallet att det inte rör sig om behandlingsformer som kan misstänkas vara hälsovådliga.

Utbildning

Under senare år har tillkommit yrkesgrupper för utövare av hälso- och sjukvård utanför den krets av personal som står under socialstyrelsens tillsyn. Exempel på sådana yrkesgrupper är homeopraktiker, zonerapevter och akupunktörer. Dessa har i viss utsträckning sammanslutit sig i föreningar för att bevaka sina medlemmars intressen och för att skapa vissa regler för sin verksamhet, t.ex. vad beträffar utbildning och etik i yrkesutövningen.

Inom landet finns ett växande utbud av både yrkesutbildningar och utbildningar i enstaka metoder inom den alternativa medicinen vid ett antal privata skolor och institut.

I en år 1984 utkommen skrift från hälsokostrådet Naturmedicinsk utbildning – kurser och skolor i Sverige, uppräknas 24 olika skolor som förmedlar kortare kurser eller längre utbildningar inom alternativmedicinska områden.

Det förekommer t.ex. utbildningar som leder till yrkesbeteckningar som "naprapat", "zonerapevt" och "naturläkare". Dessa utbildningar är inte föremål för någon granskning eller tillsyn från statsmakterna.

Utanför landet förekommer dessutom ett rikhaltigt utbud av utbildningar inom den alternativa medicinens område.

Forskning och utvärdering

Viss forskning och utvärdering av nuvarande alternativa behandlingsmetoder har förekommit i Sverige. Jag har tidigare nämnt några områden som undersökts genom bl.a. socialstyrelsens medverkan. Ett stort behov av forskning och utvärdering föreligger, vilket också ställer krav på en omfattande metodutveckling.

Internationellt har under senare år frågan om den alternativa medicinens ställning utretts i flera sammanhang. Här kan nämnas den kartläggning som på svenskt initiativ gjorts inom Europarådet av de författningar som reglerar hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att använda alternativa metoder för diagnos och behandling i Europarådets medlemsländer och Finland. Även inom WHO har ämnet varit föremål för uppmärksamhet. I Holland och Danmark har statliga utredningar nyligen avgivit betänkanden rörande den alternativa medicinens ställning.

III Överväganden

Alternativa metoder för att förebygga, vårda och behandla sjukdomar används i ökad utsträckning i Sverige. Sådana metoder används även i viss utsträckning för diagnostik. Vissa alternativa metoder bygger på erfarenheter som vunnits under mycket lång tid. Vissa av metoderna accepteras i andra länder för användning inom hälso- och sjukvården.

Jag anser att det behövs en ökad kunskap hos allmänheten och även hos myndigheterna om metoder inom den alternativa medicinen och deras värde.

Jag föreslår därför att en kommitté tillsätts för att utreda frågor som rör den alternativa medicinens ställning i vårt samhälle.

Vi har i Sverige en erkänt hög nivå på vår hälso- och sjukvård. Samtidigt ökar antalet besök inom den alternativa medicinen. Detta kan bl.a. bero på att patienterna saknar alternativ till den hjälp som hittills erbjudits inom den etablerade hälso- och sjukvården. Vidare kan det bero på att frågor som rör det mänskliga omhändertagandet inte alltid fått tillräcklig uppmärksamhet inom den naturvetenskapligt orienterade medicinen.

Det är därför en viktig uppgift för kommittén att belysa orsakerna till att personer söker sig till yrkesutövare utanför den etablerade hälso- och sjukvården. De sociala och kulturella aspekterna på den här utvecklingen bör särskilt uppmärksammas. Stora invandrargrupper kommer t.ex. från länder med helt andra medicinska traditioner.

Vid bedömning och beskrivning av ohälsa förordas allt starkare att man skall beakta såväl av den enskilde upplevd ohälsa som medicinskt definierad ohälsa. Tillsammans kan de ge en helhetssyn på ohälsans omfattning och

fördelning inom befolkningen. Detta synsätt förordas av WHO och har betonats starkt i bl.a. HS 90-utredningen Hälso- och sjukvård inför 90-talet (SOU 1984:39).

På motsvarande sätt är det nödvändigt att belysa effekter av vård såväl i upplevda som medicinskt definierade resultat. Befolkningens/patientens bedömning och erfarenhet fångar en delvis annan verklighet än de naturvetenskapliga bevis som oftast krävs för en medicinsk effektbedömning.

I likhet med socialutskottet anser jag att vi måste ha en öppen attityd till den alternativa medicinens metoder. Om patienterna upplever att de blir hjälpta av en sådan behandling bör detta tillmätas vikt, även om metodens värde f.n. inte är vetenskapligt styrkt.

Den vårdsökandes behov och säkerhet bör vara utgångspunkten för kommitténs arbete. Detta innebär bl.a. att garantier måste skapas för att rätt diagnos blir ställd även om en person som drabbats av sjukdom väljer att låta sig behandlas med alternativa metoder. Detta är särskilt viktigt när det gäller allvarliga sjukdomar. En viktig utgångspunkt för kommittén bör vara att den enskilde så långt det är möjligt får frihet att välja erbjudna behandlingsformer och behandlingsmetoder.

Givetvis måste även på detta område ställas krav på yrkesutövarna och metoderna för att patienternas berättigade krav på säkerhet i vård och behandling skall kunna garanteras. Även om strävan bör vara att ge den enskilde patienten en stor frihet att själv välja behandling och kommittén i sitt arbete bör ha en öppen grundinställning till den alternativa medicinen måste samhället även i framtiden kunna föreskriva vissa begränsningar i rätten att utöva hälso- och sjukvård. Verksamheter förekommer, som utnyttjar människors oro för sin hälsa och livssituation och som kan innebära risker för den enskildes hälsa och ekonomi. Till skydd för patienterna är det nödvändigt med vissa begränsningar i rätten att utöva yrke inom hälso- och sjukvården även framgent.

En kartläggning bör göras över vilka metoder inom den alternativa medicinen som förekommer i landet. Kommittén bör ha till uppgift att kartlägga upplevda behov och efterfrågan av sådana metoder. Den förebyggande verksamheten inom den alternativa medicinen – t.ex. den verksamhet som hälsohemmen bedriver bör uppmärksammas. Dessa förebyggande metoder syftar främst till att öka hälsomedvetandet och genom livsstilspåverkan främja hälsan.

En kartläggning bör vidare göras av den utbildning på området som bedrivs inom landet t.ex. vid privata skolor och institut. Framför allt bör den utbildning som leder fram till särskilda yrken inom den alternativa medicinen uppmärksammas, (t.ex. akupunktörer, naprapater och naturläkare). Så långt möjligt bör även övervägas utländsk utbildning av särskilt intresse på området.

Efter en inledande kartläggning bör kommittén som den finner lämpligt avgränsa sitt uppdrag för en fördjupad analys.

Kommittén bör inom de ramar kommittén beslutar söka ange det hälsomässiga värdet av metoder inom den alternativa medicinen samt även ange vilka alternativa metoder som ev. kan vara av värde inom den etablerade medicinen. Kommittén bör därvid belysa frågan ur såväl ett förebyggande som behandlande och rehabiliterande perspektiv.

Vikten av en helhetssyn på patienten har kommit att allt mer betonas. En viktig anledning till detta är att det ofta förekommer både somatiska och psykiska inslag i patienternas sjukdomsbild. Inom hälso- och sjukvården pågår fortlöpande arbete med att förbättra omhändertagandet i vården och att vidga och förbättra behandlingsinsatserna utifrån bl.a. dessa utgångspunkter. Kommittén bör kunna tillföra ytterligare underlag i detta arbete. Olika vägar för hälso- och sjukvården att tillgodogöra sig positiva erfarenheter – t.ex. genom utbildning av personalen – bör belysas.

Kommittén bör också överväga lämpliga former för information om alternativa behandlingsmetoder till allmänhet och myndigheter.

En översyn av kvacksalverilagen bör ske. Kommittén bör förutsättningslöst pröva vilka begränsningar av näringsfriheten som är nödvändiga på hälso- och sjukvårdens område till skydd för patienterna och föreslå ny lagstiftning. I samband härmed bör också övervägas hur samordningen kan förbättras mellan socialstyrelsens verksamhet och näringsfrihetsombudsmannens och konsumentverkets verksamhet när det gäller etableringskontroll och marknadsföring m.m. på detta område.

Kommittén bör också uppmärksamma att en översyn av kvacksalverilagen kan påverka gällande behörighetslagstiftning för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Begreppen kvacksalveri/kvacksalvare har kommit att användas för all verksamhet som inte utövas av hälso- och sjukvårdspersonalen. I olika sammanhang har framförts synpunkter på att verksamheter som nu utövas enligt kvacksalverilagen – t.ex. kiropraktorernas verksamhet – borde frikopplas från begreppet kvacksalveri vilket alltmer kommit att få en nedsättande innebörd. Kommittén bör överväga möjligheten att föra in vissa yrkesutövare inom den alternativa medicinen under samhällets tillsyn.

Ett stort antal olika metoder hänförs i dag till den alternativa medicinen. I kommitténs uppdrag bör också ingå att överväga definitioner och gränsdragningar inom området.

Kommittén bör ge en överblick över de forsknings- och utvärderingsprojekt som utförts eller pågår rörande den alternativa medicinen. Kommittén bör ha rätt att själv initiera sådana projekt eller lägga fram förslag om forskningsområden och utvecklingsarbete inom den alternativa medicinen. Resultat av internationella studier på området bör inhämtas och möjlighe-

terna prövas att även i övrigt ta tillvara erfarenheter och rön från andra länder.

Kommittén bör överväga möjligheterna för hälso- och sjukvårdspersonalen att – t.ex. när en patient begär det – inom ramen för gängse praxis vad avser krav på vetenskaplighet och beprövad erfarenhet tillämpa metoder inom den alternativa medicinen i sin yrkesutövning.

Kommittén bör överväga vilken utbildning och erfarenhet som bör krävas av dem som utövar akupunktur inom och utanför den reguljära hälso- och sjukvården.

Vidare bör kommittén ta del av erfarenheterna av den planerade utvärderingen av kiropraktik inom hälso- och sjukvården.

I kommitténs uppdrag bör också ingå att analysera i vilken utsträckning ersättning skall kunna erbjudas patienter som får behandling med alternativa metoder inom ramen för nuvarande ersättningssystem.

Den särskilda lagen (1981:50) med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion upphör att gälla den sista juni 1986. Enligt socialutskottets uttalanden skall en utvärdering av lagens konsekvenser ligga till grund för ett ställningstagande om hur den fortsatta regleringen skall utformas (SoU 1980/81:7, rskr 55). Kommittén bör även göra en sådan utvärdering. Kommittén bör redovisa resultatet av utvärderingen samt förslag till framtida reglering i ämnet till regeringen före den 1 oktober 1985.

IV Ramar för kommitténs arbete

För kommitténs arbete skall gälla de allmänna tilläggsdirektiv som utfärdats den 16 februari 1984 till samtliga kommittéer och särskilda utredare (Dir. 1984:5). Utredningsarbetet bör bedrivas i nära samarbete med berörda myndigheter och organisationer samt företrädare för utövare av alternativ medicin.

Kommittén bör samråda med andra pågående utredningar som är av betydelse i sammanhanget. Kommittén bör göra sådana internationella jämförelser som kan anses motiverade. Kommittén bör redovisa en utvärdering av verksamheten med naturmedel för injektion under hösten 1985. Även i övrigt bör kommittén ha möjlighet att avge delrapporter i olika ämnen.

Kommitténs arbete bör vara avslutat under år 1988.

V Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar det statsråd som har till uppgift att föredra ärenden om hälso- och sjukvård

att tillkalla en kommitté – omfattad av kommittéförordningen (1976:119) – med högst fem ledamöter med uppdrag att se över frågor kring alternativ medicin m.m.,

att utse en av ledamöterna att vara ordförande,

att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt kommittén.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns kommittéanslag.

VI Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hennes hemställan.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 1989

Kronologisk förteckning

1. Rapport av den särskilde utredaren för granskning av hotbilden mot och säkerhetsskyddet kring statsminister Olof Palme. C.
 2. Beskattning av fåmansföretag. Fi.
 3. Integriteten vid statistikproduktion. C.
 4. Fasta Öresundsförbindelser. K.
 5. Samordnad länsförvaltning. Del 1: Förslag. C.
 6. Samordnad länsförvaltning. Del 2: Bilagor. C.
 7. Vidgad etableringsfrihet för nya medier. U.
 8. UD:s presstjänst. UD.
 9. Särskild inkomstskatt för utländska artister m.fl. Fi.
 10. Två nya treåriga linjer. U.
 11. Hushållssparandet - Huvudrapport från Spardelegationens sparundersökning. Fi.
 12. Den regionala problembilden. A.
 13. Mångfald mot enfald. Del 1. A.
 14. Mångfald mot enfald. Del 2. Lagstiftning och rättsfrågor. A.
 15. Storstadstrafik 2 - Bakgrundsmaterial. K.
 16. Kostnadsutveckling och konkurrens i banksektorn. Fi.
 17. Risker och skydd för befolkningen. Fö.
 18. SÄPO - Säkerhetspolisens arbetsmetoder. C.
 19. Regionalpolitikens förutsättningar. A.
 20. Tullregisterlag m.m. Fi.
 21. Sätt värde på miljön - miljöavgifter på svavel och klor. ME.
 22. Censurlagen - en modernisering av biografförordningen. U.
 23. Parkeringsköp. Bo.
 24. Statligt finansiellt stöd? I.
 25. Rapporter till finansieringsutredningen. I.
 26. Kustbevakningens roll i den framtida sjöövervakningen. Fi.
 27. Forskning vid de mindre och medelstora högskolorna. U.
 28. Utbildningar för framtidens tandvård. U.
 29. Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet. U.
 30. Professorstillsättning. En översyn av proceduren vid tillsättning av professorstjänster. U.
 31. Statens mät- och provstyrelse. I.
 32. Miljöprojekt Göteborg - för ett renare Hisingen. ME.
 33. Reformerad inkomstbeskattning
 - Skattereformens huvudlinjer. Del 1.
 - Inkomst av kapital. Del 2.
 - Inkomst av tjänst, lagtext och kommentarer. Del 3.
 - Bilagor, expertrapporter. Del 4. Fi.
 34. Reformerad företagsbeskattning
 - Motiv och lagförslag. Del 1.
 - Expertrapporter. Del 2. Fi.
 35. Reformerad mervärdeskatt m.m.
 - Motiv. Del 1.
 - Lagtext och bilagor. Del 2. Fi.
 36. Inflationskorrigerad inkomstbeskattning. Fi.
 37. Utländska förvärv av Svenska företag - en studie av utvecklingen. I.
 38. Det nya skatteförslaget - sammanfattning av skatteutredningarnas betänkanden. Fi.
 39. Hjälpmedelsverksamhetens utveckling - kartläggning och bedömning. S.
 40. Datorisering av tullrutinerna - slutrapport. Fi.
 41. Samerätt och sameting. Ju.
 42. Det civila försvaret. Del 1.
 - Det civila försvaret. Del 2. Författningstext. Fö.
 43. Storstadstrafik 3 - Bilavgifter. K.
 44. Översyn av vapenlagstiftningen. Ju.
 45. Standardiseringsens roll i EFTA/EG - samarbetet. I.
 46. Arméns utveckling och försvarets planeringssystem. Fö.
 47. Hjälpmedelsverksamhetens utveckling - Bilagor. S.
 48. Energiforskning för framtiden. ME.
 49. Energiforskning för framtiden. Bilagor. ME.
 50. Stiftelser för samverkan. U.
 51. Den gravida kvinnan och fostret - två individer. Om fosterdiagnostik. Om sena aborter. Ju.
 52. Det statliga energiforskningsprogrammet - aktörer inom energisektorn. ME.
 53. Arbetstid och välfärd.
 - Arbetstid och välfärd. Bilagedel A.
 - Arbetstid och välfärd. Bilagedel B. A.
 54. Rätt till gymnasiutbildning för svårt rörelsehindrade ungdomar. S.
 55. Fungerande regioner i samspel. A.
 56. Fiskprisregleringen och fiskeriadministrationen. JO.
 57. DO och Nämnden mot etnisk diskriminering — de tre första åren.
 58. Undantagandepensionärernas ekonomi. S.
 59. Nominering av redovisningskonsulter. C.
 60. Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén. S.
 61. Hälsohem. S.
 62. Alternativa terapier i Sverige. S.
 63. Värdering av alternativmedicinska teknologier. S.
-

Statens offentliga utredningar 1989

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Samerätt och sameting. [41]
- Översyn av vapenlagstiftningen. [44]
- Den gravida kvinnan och fostret - två individer. Om fosterdiagnostik. Om sena aborter. [51]

Utrikesdepartementet

- UD:s presstjänst. [8]

Försvarsdepartementet

- Risker och skydd för befolkningen. [17]
- Det civila försvaret. Del 1. [42]
- Det civila försvaret. Del 2. Författningstext. [42]
- Arméns utveckling och försvarets planeringssystem. [46]

Socialdepartementet

- Hjälpmedelverksamhetens utveckling - kartläggning och bedömning. [39]
- Hjälpmedelverksamhetens utveckling - Bilagor. [47]
- Rätt till gymnasieutbildning för svårt rörelsehindrade ungdomar. [54]
- Undantagandepensionärernas ekonomi. [58]
- Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén. [60]
- Hälsohem. [61]
- Alternativa terapier i Sverige. [62]
- Värdering av alternativmedicinska teknologier. [63]

Kommunikationsdepartementet

- Fasta Öresundsförbindelser. [4]
- Storstadstrafik 2 - Bakgrundsmaterial. [15]
- Storstadstrafik 3 - Bilavgifter. [43]

Finansdepartementet

- Beskattning av fåmansföretag. [2]
- Särskild inkomstskatt för utländska artister m.fl. [9]
- Hushållsparandet - Huvudrapport från Spardelegationens sparundersökning. [11]
- Kostnadsutveckling och konkurrens i banksektorn. [16]
- Tullregisterlag m.m. [20]
- Kustbevakningens roll i den framtida sjöövervakningen. [26]

- Reformerad inkomstbeskattning
- Skattereformens huvudlinjer. Del 1. [33]
- Inkomst av kapital. Del 2. [33]
- Inkomst av tjänst, lagtext och kommentarer. Del 3. [33]
- Bilagor, expertrapporter. Del 4. [33]
- Reformerad företagsbeskattning
- Motiv och lagförslag. Del 1. [34]
- Expertrapporter. Del 2. [34]
- Reformerad mervärdeskatt m.m.
- Motiv. Del 1. [35]
- Lagtext och bilagor. Del 2. [35]
- Inflationskorrigerad inkomstbeskattning. [36]
- Det nya skatteförslaget - sammanfattning av skatteutredningarnas betänkanden. [38]
- Datorisering av tullrutinerna - slutrapport. [40]

Utbildningsdepartementet

- Vidgad etableringsfrihet för nya medier. [7]
- Två nya treåriga linjer. [10]
- Censurlagen - en modernisering av biografförordningen. [22]
- Forskning vid de mindre och medelstora högskolorna. [27]
- Utbildningar för framtidens tandvård. [28]
- Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet. [29]
- Professorstillsättning. En översyn av proceduren vid tillsättning av professorstjänst. [30]
- Stiftelser för samverkan. [50]

Jordbruksdepartementet

- Fiskprisregleringen och fiskeriadministrationen. [56]

Arbetsmarknadsdepartementet

- Den regionala problembilden. [12]
- Mångfald mot enfald. Del 1. [13]
- Mångfald mot enfald. Del 2. Lagstiftning och rättsfrågor. [14]
- Regionalpolitikens förutsättningar. [19]
- Arbetstid och välfärd.
- Arbetstid och välfärd. Bilagedel A.
- Arbetstid och välfärd. Bilagedel B. [53]
- Fungerande regioner i samspel. [55]
- DO och Nämnden mot etnisk diskriminering
- de tre första åren. [57]

Statens offentliga utredningar 1989

Systematisk förteckning

Industridepartementet

- Statligt finansiellt stöd. [24]
- Rapporter till finansieringsutredningen. [25]
- Statens mät- och provstyrelse. [31]
- Utländska förvärv av svenska företag - en studie av utvecklingen. [37]
- Standardiseringens roll i EFTA/EG - samarbetet. [45]

Civildepartementet

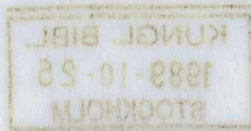
- Rapport av den särskilde utredaren för granskning av hotbilden mot och säkerhetsskyddet kring statsminister Olof Palme. [1]
- Integriteten vid statistikproduktion. [3]
- Samordnad länsförvaltning. Del 1: Förslag. [5]
- Samordnad länsförvaltning. Del 2: Bilagor. [6]
- SÄPO - Säkerhetspolisens arbetsmetoder. [18]
- Nominering av redovisningskonsulter. [59]

Bostadsdepartementet

- Parkeringsköp. [23]

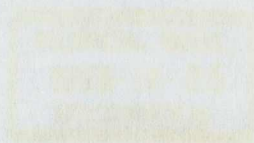
Miljö- och energidepartementet

- Sätt värde på miljön - miljöavgifter på svavel och klor. [21]
- Miljöprojekt Göteborg - för ett renare Hisingen. [32]
- Energiforskning för framtiden. [48]
- Energiforskning för framtiden. Bilagor. [49]
- Det statliga energiforskningsprogrammet - aktörer inom energisektorn. [52]



KUNGL. BIBL.
1989-10-25
STOCKHOLM





Alternativmedicinkommittén föreslår bla att alternativmedicinska behandlare indelas i två kategorier beroende på medicinsk utbildning.

Förutsättningarna för alternativmedicinsk behandling inom hälso- och sjukvården diskuteras utförligt av kommittén. Betänkandet innehåller också förslag rörande hälsohem, naturmedel och antroposofisk medicin m m. Betänkandet innehåller ett förslag till en ny lag om alternativmedicinsk verksamhet m m.

Alternativmedicinkommittén redovisar sitt arbete i nedanstående SOU:er.

SOU 1989:60 Huvudbetänkande

SOU 1989:61 Hälsohem

SOU 1989:62 Alternativa terapier i Sverige

SOU 1989:63 Värdering av alternativmedicinska teknologier

ALLMÄNNA FÖRLAGET

BESTÄLLNINGAR: ALLMÄNNA FÖRLAGET, KUNDTJÄNST, 106 47 STOCKHOLM,
TEL: 08-739 96 30, FAX: 08-739 95 48.

INFORMATIONSBOKHANDELN, MALMTORGSGATAN 5 (VID BRUNKEBERGSTORG), STOCKHOLM.