

Till statsrådet Ylva Johansson

Regeringen beslutade den 15 april 2004 att bemyndiga chefen för Socialdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda hur ett nationellt register över personer som utövar alternativ- eller komplementärmedicin ska upprättas.

Samma dag förordnades generaldirektören Helena Starup som särskild utredare.

Som sekreterare förordnades den 17 maj 2004 stabsjuristen Torbjörn Eklund.

Utredningen antog namnet *AKM-registerutredningen*.

Jag får härmed överlämna mitt betänkande Ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin (SOU 2004:123).

Mitt arbete är härmed slutfört.

Stockholm i november 2004

Helena Starup

/ Torbjörn Eklund

Innehållsförteckning

Sammanfattning	11
Författningsförslag	19
1 Förslag till lag om ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin, m.m.....	19
1 Uppdraget och dess genomförande	25
1.1 Uppdraget.....	25
1.2 Avgränsningar	26
1.3 Genomförandet av uppdraget	27
1.4 Disposition	29
2 Den alternativa och komplementära medicinen	31
2.1 Allmänt om alternativ- och komplementärmedicin.....	31
2.1.1 Vad är alternativ- och komplementärmedicin?.....	31
2.1.2 Val av begrepp.....	33
2.1.3 Alternativ- och komplementärmedicin är en heterogen verksamhet	34
2.2 Översiktligt om hur behandlingsformerna kan indelas	35
2.3 Kort om några av terapierna inom alternativ- och komplementärmedicin	35
2.4 Utredningar om alternativ- och komplementärmedicin	39
2.4.1 Attitydundersökningar.....	39
2.4.2 Landstingsförbundets utredningar	42

2.5	Forskning och utbildning vid vissa lärosäten	45
2.6	Yrkesorganisationer inom alternativ- och komplementärmedicin	47
2.7	Utbildningar inom alternativ- och komplementär- medicin.....	53
3	Den rättsliga regleringen på hälso- och sjukvårdsområdet.....	55
3.1	Utvecklingen av den rättsliga regleringen inom alter- nativ- och komplementärmedicinen.....	55
3.1.1	1960-års lag m.m.	55
3.1.2	Alternativmedicinkommitténs lagförslag.....	58
3.1.3	Den fortsatta behandlingen av alternativmedicin- kommitténs förslag	62
3.2	Den gällande regleringen inom alternativ- och komple- mentärmedicinen	65
3.2.1	Utgångspunkterna för denna reglering.....	65
3.2.2	Närmare om den nu gällande regleringen.....	67
3.3	Regleringen av hälso- och sjukvården och dess personal – en översiktlig beskrivning	71
3.3.1	Hälso- och sjukvårdslagen.....	71
3.3.2	Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjuk- vårdens område	72
3.3.3	Vilka tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen?	73
3.3.4	Hälso- och sjukvårdspersonalens grundläggande skyldigheter	75
3.3.5	Behörighets- och legitimationsregleringen	79
3.3.6	Socialstyrelsens tillsyn	81
3.3.7	Straffansvar	83
4	Övrig rättslig reglering av betydelse	85
4.1	Behandlingen av personuppgifter.....	85
4.1.1	Inledning.....	85
4.1.2	Personuppgiftslagen m.m.	85
4.1.3	Reformarbetet med personuppgiftslagen	88

4.1.4	Kort om personuppgiftsregleringen inom hälso- och sjukvården	88
4.2	Skolverkets tillsyn av s.k. kompletterande utbildningar.....	89
5	En internationell jämförelse med inriktning mot Norden.....	93
5.1	Inledning.....	93
5.2	Världshälsoorganisationen (WHO)	94
5.3	Norge	95
5.3.1	Den nya lagstiftningen rörande alternativ behandling.....	95
5.3.2	Forskning	103
5.4	Danmark.....	104
5.4.1	Den nya registerregleringen.....	104
5.4.2	Forskning	110
5.5	Island	110
5.5.1	Den nya lagen.....	111
5.5.2	Föreskriften om ett frivilligt registersystem.....	112
5.6	Finland.....	115
6	Utgångspunkter för mina överväganden och förslag	117
6.1	Uppdraget och dess avgränsningar	117
6.2	Lagstiftningen och samarbetet inom Norden.....	118
6.3	Ett nationellt register.....	119
6.4	Definitionen av verksamheten	120
6.5	Registrets övergripande ändamål bör vara att öka patientsäkerheten på området	122
6.6	Åtgärder för att öka patientsäkerheten inom ramen för registerregleringen	125
6.6.1	Allmänt.....	125
6.6.2	Krav på viss utbildning	126

6.6.3	Yrkesorganisationernas medverkan i registret och krav på medlemskap i sådan organisation.....	127
6.7	Registreringen bör vara frivillig.....	128
6.8	Vem ansvarar för registret	128
6.9	Skydd av beteckning.....	129
6.10	Registrets framtida värde	130
7	Det nationella registret över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin	133
7.1	Ett nationellt register införs	133
7.2	Registret regleras i en särskild lag	134
7.3	Lagens tillämpningsområde	135
7.4	Förhållandet till personuppgiftslagen m.m.....	135
7.5	Vilka omfattas av den nya lagen?.....	136
7.6	Registrets ändamål.....	138
7.7	Yrkesorganisationernas deltagande i registret	140
7.7.1	Förutsättningar för deltagande	140
7.7.2	Skyldigheter för en godkänd organisation	147
7.7.3	Ett godkännande kan återkallas	148
7.8	Krav och kriterier för registrering.....	148
7.8.1	De grundläggande förutsättningarna för registrering i kort sammanfattning	149
7.8.2	Utbildning	149
7.8.3	Medlemskap.....	153
7.8.4	Undantag från medlemskap	154
7.8.5	Handläggning och dokumentation	154
7.9	Hinder mot registrering.....	155
7.10	Skyldigheter för den registrerade	156
7.11	Avregistrering.....	157
7.12	Skydd av beteckning m.m.	158

7.13	Innehållet i registret.....	159
7.14	Uppgifterna i registret bör vara offentliga	161
7.15	Tillgången till registret.....	162
7.16	Statens skolverk blir ansvarig för registret	163
	7.16.1 Val av administrationsmodell.....	163
	7.16.2 Val av myndighet	164
7.17	Vissa övriga frågor kring behandlingen av personupp- gifter i registret.....	166
	7.17.1 Personuppgiftsansvar	166
	7.17.2 Sambearbetning och sökbegrepp	167
	7.17.3 Direktåtkomst.....	169
	7.17.4 Bevarande och gallring m.m.	169
	7.17.5 Information.....	170
	7.17.6 Säkerhet och tillsyn	171
	7.17.7 Rättelse, skadestånd och straff.....	172
7.18	Finansiering genom avgift	174
7.19	Straffansvar	175
7.20	Överklagande	176
7.21	Övriga frågor av intresse	176
	7.21.1 Tystnadsplikt och dokumentationsplikt m.m.	176
	7.21.2 Den fria rörligheten av tjänster.....	177
7.22	Ytterligare föreskrifter i förordning och i myndighets- föreskrift.....	179
	7.22.1 Allmänt.....	179
	7.22.2 Särskilt om handläggningen av ärenden	180
8	Genomförandet	181
8.1	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	181
	8.1.1 Ikraftträdandet.....	181
	8.1.2 Övergångsbestämmelser	181
8.2	Konsekvensbeskrivningar.....	183
	8.2.1 Kostnads- och intäktskonsekvenser.....	183
	8.2.2 Det offentliga åtagandet.....	189
	8.2.3 Små företag.....	189

8.2.4	Bestämmelser om straffansvar och överklagande	190
8.2.5	Jämställdheten mellan kvinnor och män	191
8.2.6	Den personliga integriteten	191
8.2.7	Övriga konsekvenser	192
9	Författningskommentar	193
9.1	Förslag till lag om ett nationellt register över yrkesut- övare av alternativ- eller komplementärmedicin, m.m.	193
	Bilaga 1: Kommittédirektiv	205
	Bilaga 2: Skolverkets kartläggning	211

Sammanfattning

Bakgrunden till utredningen

I budgetpropositionen för år 2004 anslags tre miljoner kronor för inrättade av ett nationellt register över personer som utövar komplementärmedicin. I samband med detta uttalade regeringen i propositionen att en särskild utredare skulle få i uppdrag att utreda *hur* registret ska utformas samt vem som ska ansvara för registret. Riksdagen har därefter godkänt denna anslagsökning. Regeringen har nu i budgetpropositionen för år 2005 föreslagit att ytterligare två miljoner kronor anslås för samma ändamål.

Som en följd av dessa uttalanden, beslutade regeringen den 15 april 2004 att en särskild utredare skulle tillkallas för att utarbeta ett förslag till upprättande av ett nationellt register över personer som utövar alternativ- eller komplementärmedicin (Dir. 2004:52). Av direktiven, vilka i sin helhet bifogas detta betänkande (*bilaga 1*), framgår att uppdraget gäller utarbetande av ett förslag till ett sådant register och hur det ska upprättas. Registret kallas i betänkandet AKM-registret.

Utredningen har bestått av den särskilda utredaren samt den sekreterare som förordnats. Det har inte funnits några sakkunniga eller experter knutna till utredningen. Utredningen har inhämtat uppgifter och synpunkter från berörda organisationer och myndigheter på det sätt som angetts i direktiven.

Utgångspunkter för hur ett register ska inrättas

- Direktiven för utredningen anger att det är ett nationellt register som ska skapas.
- AKM-registret införs inom ramen för den befintliga lagstiftningen, bl.a. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Det har inte legat inom uppdragets ram att föreslå några förändringar av denna lagstiftning.
- Med alternativ- eller komplementärmedicin avses sådana hälso- och sjukvårdande åtgärder som anges i 4 kap. 1 § LYHS. Uttalanden i förarbetena till LYHS ligger bl.a. till grund för denna bedömning.
- Den som utövar sådana hälso- och sjukvårdande åtgärder yrkesmässigt anses vara en yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin.
- Som en följd av bestämmelserna i LYHS (bl.a. 2 kap. 1 §) kommer den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen inte att omfattas av lagen.
- Det övergripande ändamålet med inrättandet av AKM-registret bör vara att öka patientsäkerheten inom alternativ- eller komplementärmedicin. Det är en naturlig följd av att definitionen av alternativ- eller komplementärmedicin kopplas till 4 kap. 1 § LYHS.
- Patientsäkerheten bör kunna öka inom ramen för registret genom att
 - krav på s.k. medicinsk basutbildning gäller för registrering,
 - yrkesorganisationerna på området efter vissa villkor deltar i registret och att deras kunnande och interna regelverk på så sätt tas till vara,
 - medlemskap i en sådan yrkesorganisation, som utgångspunkt, gäller för registrering,
 - innehållet i registret, dvs. uppgifter om de som registrerats, offentliggörs och publiceras på Internet,
 - de som registreras ges en skyddad beteckning och möjlighet att marknadsföra sig som registrerad i AKM-registret.
- Registreringen i AKM-registret bör vara frivillig. Det innebär att registreringen, och även organisationernas deltagande, sker när detta begärs, dvs. efter ansökan. Registreringen är

inte en förutsättning för att få utöva närings- och yrkesverksamhet på området.

- De ovan angivna utgångspunkterna har i huvudsak formulerats efter förebild från regleringen i de nordiska länderna. Norge och Danmark har infört en lagstiftning och register över personer som utövar alternativ- eller komplementärmedicin. I Island kommer sannolikt en sådan lag och register att träda i kraft under våren 2005.
- Mot bakgrund av registrets konstruktion, vilken bl.a. innehåller flera inslag av myndighetsutövning, bör ansvaret för registret och de ärenden som kopplas till detta läggas på en statlig myndighet.

Förslaget om ett nationellt register

En särskild lag

Regleringen av AKM-registret genomförs i en särskild lag beroende på innehållet i den reglering som föreslås. Denna lag ges namnet lagen om ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin. I betänkandet används kortformen AKM-registerlagen.

Lagen föreslås träda ikraft den 1 januari 2006.

Förhållandet till personuppgiftslagen

Lagen bygger på personuppgiftslagen och innehåller enbart de särbestämmelser som är nödvändiga för behandlingen av personuppgifter i AKM-registret. Detta anges uttryckligen i lagen. Det innebär att personuppgiftslagens bestämmelser om bl.a. information till den registrerade, säkerheten vid behandlingen samt rättelse av felaktiga uppgifter och skadestånd samt Datainspektionens tillsyn blir tillämpliga vid behandling av personuppgifter i AKM-registret.

Lagens tillämpningsområde

För att omfattas av lagen och ha en principiell möjlighet att kunna registrera sig, måste den sökande utföra sådana hälso- och sjukvårdande åtgärder som anges i 4 kap. 1 § LYHS. Ledning för denna bedömning kan bl.a. hämtas från förarbetena till LYHS och den lagstiftning som LYHS i denna del bygger på. Kopplingen till 4 kap. 1 § LYHS medför att en rad åtgärder och behandlingar kan inordnas under definitionen. Det finns dock verksamhet som tydligt faller utanför den nya lagens tillämpningsområde på grund av att den inte kan anses utgöra sådana hälso- och sjukvårdande åtgärder som anges i definitionen. Det gäller bl.a. försäljning av naturläkemedel och sådan verksamhet som i grunden handlar om allmänt välbefinnande och/eller rena skönhetsbehandlingar. Den närmare avgränsningen av lagens tillämpningsområde avgörs dock vid den konkreta tillämpningen av lagen när ansökningar om registrering prövas.

Beroende på de bestämmelser som gäller för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen, kommer den personalen inte att omfattas av den nya lagen. Övrig hälso- och sjukvårdspersonal har större möjligheter att utöva alternativ- eller komplementärmedicin än den legitimerade personalen och de kan därför i vissa situationer omfattas av lagen.

Registrets ändamål

Det övergripande ändamålet för registret bör vara att öka patient-säkerheten för den som söker eller använder sig av tjänster som erbjuds inom området för alternativ- och komplementärmedicin. I ändamålsbestämmelsen formuleras även det sätt på vilket patient-säkerheten avses öka inom ramen för registret, nämligen genom att offentlighet ges åt dem som, efter ansökan och prövning, införts i AKM-registret.

Yrkesorganisationernas deltagande i registret

En grundsten i förslaget är yrkesorganisationernas medverkan i registret. Genom sin kunskap och de interna regelverk som byggts upp, kan och bör dessa organisationer spela en betydande roll inom det register som nu skapas. På så sätt kan patientsäkerheten ytterligare förstärkas. För att få delta i registret måste organisationen dock uppfylla vissa villkor. Förutom att ha antagit stadgar som gäller för dess medlemmar och att uppfylla kraven på att betraktas som en juridisk person, måste organisationen vara väletablerad och ha som huvudändamål att organisera yrkesutövare inom alternativ- eller komplementärmedicin. Därutöver ska organisationens stadgar ange att medlemmarna ska

- ha tillräcklig utbildning och övrigt yrkeskunnande,
- följa de riktlinjer för yrkesutövningen som organisationen har antagit,
- inneha ansvarsförsäkring,
- omfattas av organisationens skyldighet att pröva anmälningar om klagomål mot yrkesutövningen samt
- kunna uteslutas ur organisationen.

En organisation som godkänts att delta i registret är skyldig att meddela den myndighet som ansvarar för registret om en medlem som är registrerad, inte längre uppfyller villkoren för registrering. Om en organisation inte längre uppfyller villkoren för registrering kan ett godkännande återkallas.

Registreringen av yrkesutövare

Lagen vänder sig till dem som yrkesmässigt utövar alternativ- eller komplementärmedicin. För att bli registrerad, måste personen i fråga uppfylla vissa villkor, särskilt krav på viss utbildning i medicin. Detta är den mest centrala delen i att öka patientsäkerheten på området. Villkoren innebär närmare att en yrkesutövare efter ansökan får registreras i AKM-registret, om utövaren har fullgjort en viss grundläggande utbildning i medicin, vilken står under statlig tillsyn och vars längd motsvarar minst 20 veckors heltidsstudier *eller* om han eller hon har fullgjort en annan motsvarande utbildning. Denna utbildning ska ligga på eftergymnasial nivå.

Vidare gäller för registrering att yrkesutövaren är medlem i en sådan organisation som deltar i registret enligt de villkor som tidigare angivits. Även den som inte är medlem i en sådan organisation, får dock registrera sig. I dessa situationer ska den sökande ha utfäst sig att följa de stadgevillkor som gäller för den deltagande organisation som utövaren närmast skulle ha tillhört.

Det kommer dock att finnas särskilda övergångsbestämmelser. En yrkesutövare som är medlem i en organisation som deltar i registret, får registreras om han eller hon har varit yrkesverksam i sammanlagt fem år under den senaste sjuårsperioden, även om han eller hon inte uppfyller de föreskrivna utbildningskraven. Övergångsbestämmelsen ska gälla till utgången av år 2008.

Ansvarig myndighet

Statens skolverk ges i uppgift ansvara för registret i alla berörda delar. Genom sin tillsyn över s.k. kompletterande utbildningar har Skolverket skaffat sig en unik överblick över olika utbildningar och utbildningsanordnare inom alternativ- och komplementärmedicin. Grundförutsättningen för registreringen – fullgjord medicinsk basutbildning – kommer också att bygga på att den aktuella utbildningen står under Skolverkets tillsyn.

Skydd av beteckning och straffansvar

Den som registrerats ges en skyddad rätt att använda beteckningen registrerad tillsammans med den yrkesbeteckning/terapi som han eller hon finns registrerad under. Den registrerade kan t.ex. använda sig av beteckningen ”registrerad akupunktör”. Vilka olika yrkesbeteckningar som får användas av de registrerade, kommer att fastställas i kompletterande föreskrifter till lagen.

Till detta skydd knyts även en straffsanktion, som innebär att den som bryter mot skyddet av beteckning kan dömas till böter.

Innehållet i registret

AKM-registret ska innehålla uppgifter om den registrerades identitet, utbildning, yrkesverksamhet inom alternativ- eller komplementärmedicin och, i förekommande fall, organisationstillhörighet.

Regeringen ges i uppdrag att utfärda föreskrifter om registrets närmare innehåll.

Registret ska vidare vara offentligt och innehållet ska, med undantag för bl.a. personnummer, publiceras på Internet.

Avgift för registrering

Genom budgetpropositionerna för år 2004 och 2005 har det avsatts medel för inrättandet av AKM-registret. Dessa medel kommer dock endast finansiera registrets uppbyggnadsskede. Den löpande finansieringen bör ske genom att en avgift tas ut från dem som ansöker om registrering och dem som står som registrerade. Den senare avgiften tas ut årligen för registerhållningen och den bör finansiera de löpande kostnaderna för registret.

Ytterligare insatser

För att göra registret och innebörden av registreringen känt bör effektiva informationsinsatser sättas in när registret börjar gälla. Ansvar för att sådana insatser kommer tillstånd bör ligga hos den myndighet som ges i uppdrag att ansvara för registret.

Vidare bör en särskild grupp inrättas för att följa hur registret används och hur den nya lagen tillämpas. I en sådan grupp bör det finnas företrädare för Socialstyrelsen, forskningen, sjukvårdshuvudmännen, hälso- och sjukvårdspersonalen och utövarna inom alternativ- och komplementärmedicinen samt för utbildningshuvudmännen. Andra intressenter kan också bli aktuella. Den registeransvariga myndigheten bör vara sammankallande för gruppen och kunna utnyttja den samlade kompetensen i gruppen i sitt uppdrag som registeransvarig.

Författningsförslag

1 Förslag till lag om ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin, m.m.

Härigenom föreskrivs följande.

Tillämpningsområde

1 § Denna lag är tillämplig på yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin samt organisationer för sådana utövare. Uppgifter om yrkesutövarna får, enligt vad som närmare framgår av denna lag och föreskrifter som meddelats med stöd av lagen, efter ansökan antecknas i ett register (AKM-registret) och organisationerna får efter ansökan delta i detta register.

AKM-registret skall föras med hjälp av automatiserad behandling.

Definition

2 § Med en yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin avses i denna lag den som vidtar eller föreskriver sådana hälso- och sjukvårdande åtgärder som anges i 4 kap. 1 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och som inte står under Socialstyrelsens tillsyn när åtgärden utförs.

Lagens förhållande till personuppgiftslagen

3 § Personuppgiftslagen (1998:204) gäller vid behandling av personuppgifter i AKM-registret, om inte annat följer av denna lag eller föreskrifter som har meddelats med stöd av denna lag eller annars av 2 § personuppgiftslagen.

Ansvarig myndighet

4 § AKM-registret skall föras av den myndighet som regeringen bestämmer (registermyndigheten). Denna myndighet skall även vara personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter i registret.

Registermyndigheten skall även i övrigt handlägga ärenden enligt denna lag.

Ändamål

5 § AKM-registret syftar till att öka säkerheten för dem som söker eller använder sig av tjänster inom alternativ- eller komplementärmedicin. Detta skall ske genom att offentlighet ges åt de utövare inom alternativ- eller komplementärmedicin som, efter ansökan och prövning, införts i registret.

Innehåll

6 § AKM-registret skall innehålla uppgift om den registrerades

1. identitet,
2. utbildning,
3. yrkesverksamhet inom alternativ- eller komplementärmedicin och, i förekommande fall,
4. organisationstillhörighet inom detta område.

Tillgången till registret

7 § Innehållet i AKM-registret skall publiceras på Internet. Uppgifter om personnummer, samordningsnummer eller bostadsadress får dock inte publiceras på detta sätt.

Organisationers deltagande i registret

8 § En organisation, som är väletablerad och har som huvudändamål att organisera sådana yrkesutövare som avses i 2 §, får efter ansökan godkännas att delta i AKM-registret, om organisationen har stadgar av vilka framgår att medlemmarna skall

1. ha tillräcklig utbildning och övrigt yrkeskunnande,
2. följa de riktlinjer för yrkesutövningen som organisationen har antagit,
3. inneha ansvarsförsäkring,
4. omfattas av organisationens skyldighet att pröva anmälningar om klagomål mot yrkesutövningen samt
5. kunna uteslutas ur organisationen.

En organisation som utgör en sammanslutning av sådana i första stycket angivna organisationer kan efter ansökan också godkännas att delta i registret, om den i tillämpliga delar uppfyller de där angivna villkoren.

Skyldighet för deltagande organisation

9 § En organisation eller en sammanslutning av organisationer som enligt 8 § godkänts att delta i registret är skyldig att snarast meddela registermyndigheten om en medlem, som är registrerad, inte längre uppfyller villkoren för att vara registrerad.

Återkallande av godkännande

10 § Ett godkännande enligt 8 § får återkallas om villkoren för godkännandet inte längre uppfylls.

Villkor för registrering av utövare

11 § En yrkesutövare som avses i 2 § får efter ansökan registreras i AKM-registret om utövaren

1. a) har fullgjort en viss medicinsk basutbildning, vilken står under statlig tillsyn och vars längd motsvarar minst 20 veckors heltidsstudier eller

b) har fullgjort en annan motsvarande utbildning samt

2. a) är medlem i en sådan organisation som direkt eller indirekt deltar i registret på sätt som anges i 8 § eller

b) i annat fall har utfäst sig att följa de stadgevillkor som gäller för en i 2. a) angiven organisation och som utövaren närmast skulle ha tillhört.

Hinder mot registrering

12 § Den som av Socialstyrelsen meddelats förbud enligt 8 kap. 8 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område att utöva viss verksamhet, får inte registreras i AKM-registret så länge förbudet gäller.

En registrerad som avförts från AKM-registret med stöd av 14 § 1 denna lag får, om det beror på uteslutning från en organisation, inte registreras på nytt i registret förrän vissa angivna förutsättningar är uppfyllda.

Regeringen meddelar föreskrifter om sådana förutsättningar som anges i andra stycket.

Skyldighet för den registrerade

13 § Den registrerade är skyldig att snarast informera registermyndigheten om sådana förhållanden som påverkar förutsättningarna för registreringen samt om uppgifterna i AKM-registret om den registrerade i något avseende behöver ändras.

Avregistrering

14 § Den registrerade skall avföras från AKM-registret om

1. han eller hon inte längre uppfyller villkoren för registrering enligt 11 §,
2. sådant förbud som anges i 12 § första stycket har meddelats för den registrerade,
3. avgift inte betalas enligt 15 § andra stycket eller
4. han eller hon begär det.

Avgift

15 § Den som ansöker om registrering i AKM-registret, skall betala en ansökningsavgift. Om en sökande vill bli registrerad under mer än en yrkesbeteckning, skall en avgift betalas för varje registrerad beteckning.

Den registrerade skall i övrigt betala en årlig avgift.

Skydd av beteckning

16 § Endast den som är registrerad i AKM-registret, har rätt att använda sig av beteckningen registrerad tillsammans med den yrkesbeteckning som han eller hon finns registrerad under.

Rättelse och skadestånd

17 § Bestämmelserna i personuppgiftslagen (1998:204) om rättelse och skadestånd gäller vid behandling av personuppgifter enligt denna lag eller författningar som har meddelats i anslutning till denna lag.

Överklagande

18 § Beslut enligt 8, 10-12 och 14 §§ får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Beslut om rättelse eller om avslag på ansökan om information enligt 26 § personuppgiftslagen (1998:204) får också överklagas hos sådan domstol. Andra beslut enligt denna lag får inte överklagas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Ansvarsbestämmelse

19 § Den som bryter mot bestämmelsen i 16 §, skall dömas till böter.

Ytterligare föreskrifter

20 § Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela ytterligare föreskrifter om

1. vilka uppgifter som AKM-registret närmare skall innehålla,
2. villkoren för registrering,

3. avgift för registrering.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2006.
 2. För de yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin som enbart uppfyller villkoren enligt 11 § 2. a) gäller för registrering att de skall ha varit yrkesverksamma i sammanlagt fem år under den senaste sjuårsperioden. Denna bestämmelse gäller till utgången av år 2008.

1 Uppdraget och dess genomförande

1.1 Uppdraget

Den 15 april 2004 beslutade regeringen att en särskild utredare skulle tillkallas för att utarbeta ett förslag till upprättande av ett nationellt register över personer som utövar alternativ- eller komplementärmedicin (Dir. 2004:52). Av direktiven, vilka bifogas detta betänkande (*bilaga 1*), framgår att mitt uppdrag gäller att utarbeta ett förslag till ett sådant register och hur det ska upprättas.

Närmare har uppdraget inneburit att jag ska bedöma vilka krav och kriterier som bör uppfyllas för att en enskild utövare ska registreras. Vidare har det ingått att utreda för vilket eller vilka ändamål registret ska föras och hur det ska nyttjas på bästa sätt. Enligt direktiven ska jag särskilt beakta allmänhetens och hälso- och sjukvårdens intresse av tillgång till information om alternativ- eller komplementärmedicinska utövare för att bl.a. möjliggöra en ökad dialog mellan alternativmedicinen och skolmedicinen. Vidare ska jag beakta registrets nytta för framtida bruk, t.ex. för patient-säkerhet och forskning på området. Förslaget om registrering ska inte medföra att de som registreras omfattas av den tillsyn som Socialstyrelsen utövar över hälso- och sjukvården och dess personal.

I och med att verksamheten inom alternativ- eller komplementärmedicin ofta bedrivs i mindre företag, ska en utgångspunkt vara, att den administrativa börda som registrering kan medföra för den enskilde utövaren måste uppvägas av nyttan av registret. Jag ska särskilt överväga om registreringen ska vara frivillig eller obligatorisk.

Det anges också i direktiven att jag, utöver tillämpliga bestämmelser i EG-fördraget och liknande reglering, ska beakta förslaget till nytt direktiv om tjänster på den inre marknaden.

I mitt uppdrag har även ingått att föreslå vilket innehåll registret ska ha och vem som ska ansvara för det samt att föreslå lämplig

reglering. Jag ska även föreslå vilket medium, som ska användas för att föra registret. I detta ingår även att beakta nu gällande författningar, som påverkar behandlingen av personuppgifter, t.ex. personuppgiftslagen (1998:204) och det underliggande EG-direktivet (95/46/EG) om personuppgifter. Det ingår vidare, att lämna förslag till vad som ska gälla i fråga om skyldigheten att lämna information till den registrerade, till hur uppgifter i registret ska hållas uppdaterade respektive avföras och till vad som ska gälla för bevarande och gallring av dem. I direktiven framhålls, att de föreslagna reglerna i så stor utsträckning som möjligt bör stämma överens med personuppgiftslagens reglering till skydd för den personliga integriteten.

I mina förslag ska jag utgå från den resursram som avsattes i budgetpropositionen för år 2004 för inrättande av ett register. I uppdraget har ingått att bedöma kostnaderna för den framtida driften av registret och hur den ska finansieras.

I övrigt erinras i direktiven att, om mina förslag medför konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män, ska detta anges. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2004.

1.2 Avgränsningar

Som framgår har jag enligt mina direktiv endast haft i uppdrag att lämna förslag till hur ett nationellt register över personer som utövar alternativ- eller komplementärmedicin ska upprättas. Detta betyder att mitt uppdrag har varit begränsat, såttillvida att jag inte har haft i uppdrag att överväga de bestämmelser som reglerar vilka hälso- och sjukvårdande åtgärder som de alternativ- eller komplementärmedicinska utövarna får utföra. Jag har inte heller haft i uppdrag att överväga de bestämmelser som å andra sidan innebär begränsningar för hälso- och sjukvårdspersonal att använda sig av andra behandlingsmetoder än de etablerade, dvs. de bestämmelser som innebär begränsningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att använda alternativa behandlingsmetoder.

Mitt uppdrag har således bestått i att lämna förslag till ett nationellt register med utgångspunkt i nu gällande bestämmelser. Jag får anledning att återkomma till de nämnda begränsningarna av uppdraget i mina överväganden och förslag.

Den förhållandevis korta tid som jag haft till förfogande för uppdraget, har inneburit att jag gjort vissa nödvändiga priori-

teringar och begränsningar av uppdraget. Jag har t.ex. inte haft möjlighet att göra några egna inventeringar, enkäter eller kartläggningar i frågor som berörs av uppdraget, utan redovisningen i betänkandet bygger här helt på beskrivningar och uppgifter från andra källor. Tiden har inte heller gett utrymme till att utföra någon egentlig kartläggning av de olika utbildningar som finns på detta område. I en av bilagorna till betänkandet redovisas dock en kartläggning som Statens skolverk utfört under hösten av de utbildningar i alternativ- och komplementär medicin, som f.n. finns redovisade på Internet. Att få en fullständig överblick över utbildningarna på området och dessutom värdera innehållet i dessa utbildningar är enligt min bedömning en uppgift som motiverar ett särskilt uppdrag; det kräver inte bara mer tid utan också särskild kompetens på området.

1.3 Genomförandet av uppdraget

Några sakkunniga eller experter har inte varit förordnade i utredningen. I stället har kontakt tagits för samråd med de myndigheter och organisationer, som jag bedömt kunnat vara berörda av mitt uppdrag.

Enligt direktiven ska jag tillämpa ett öppet arbetssätt och samråda med branschorganisationerna på området. Jag har haft fortlöpande kontakter under utredningen med de två stora branschorganisationerna Kommittén för Alternativ Medicin, KAM, och Branschrådet Svensk Massage, som båda är en form av paraplyorganisationer för yrkesorganisationer och utbildningsanordnare. Jag har också vid flera tillfällen haft kontakt med riksdagens särskilda nätverk inom området, NIKA. Under hösten anordnades en särskild hearing i riksdagen av nätverket, då tankarna kring ett register presenterades. Till denna hearing var olika intressenter i registerfrågan inbjudna. Jag har också träffat företrädare för enskilda yrkesförbund och för en utbildningsanordnare samt haft samtal med ledningen för Vidarkliniken i Järna. Jag har vidare fått information från ett företag som producerar och marknadsför naturläkemedel om hur lagstiftningen på det området tillämpas.

Jag har fullgjort föreskrivet samråd med Datainspektionen, den s.k. Patientdatautredningen (S 2003:03) och Näringslivets regel-nämnd.

Följande myndigheter har kontaktats med anledning av uppdraget:

Socialstyrelsen,
Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd,
Statens folkhälsoinstitut,
Konsumentverket,
Statens skolverk och
Karolinska Institutet.

Vid Skolverket har jag dessutom haft fortlöpande kontakter med den enhet, som ansvarar för tillämpningen av förordningen (2000:521) om statligt stöd till kompletterande utbildningar.

Företrädare för fack- och yrkesförbund för hälso- och sjukvårdspersonalen och de båda kommunförbunden har inbjudits till information och diskussion kring sådana frågor, där det finns beröringspunkter med den etablerade hälso- och sjukvården och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vid detta möte deltog företrädare för Vårdförbundet, Sveriges legitimerade sjukgymnasters riksförbund och de båda kommunförbunden.

Jag har själv inbjudits att delta i en konferens i ämnet alternativ och komplementärmedicin som Landstingsförbundet anordnade under hösten samt till ett medborgarseminarium som anordnats av Stockholms läns landsting under ämnet Komplementär- och alternativmedicinens roll i hälso- och sjukvården.

Möten har också ägt rum med både den politiska ledningen och tjänstemän i Stockholms läns landsting för att diskutera uppdraget och angränsande frågor.

Jag har slutligen haft kontakter underhand med Social-, Justitie- och Utbildningsdepartementen samt med Miljöpartiet de Grönas företrädare i Regeringskansliet.

Enligt direktiven ska de internationella jämförelser göras som bedöms som relevanta för uppdraget.

Tre av våra nordiska grannländer har nyligen avslutat utredningar inom området alternativ och komplementärmedicin, vilka samtliga berört frågan om att införa register över utövarna. Jag har därför tidigt valt att inrikta de internationella jämförelserna till Norden. Jag har så snart det varit möjligt besökt de tre länderna, Norge, Danmark och Island för att informera mig om de överväganden som legat bakom förslagen i de olika länderna och hur förslagen

faktiskt genomförts i Norge och Danmark. Vid dessa besök har jag träffat företrädare för berörda departement och myndigheter, liksom i vissa länder företrädare för de utredningar som arbetat med frågan. Jag har även haft kontakt med företrädare för organisationerna i två av länderna. Jag har fått del av både muntlig och skriftlig information som jag bedömt vara av stort intresse för utredningen. Betänkandet innehåller utförliga redovisningar av förhållandena i de tre länderna och de lösningar som valts i de tre länderna har på olika sätt kunnat utgöra modeller för den registerordning som föreslås i det följande. Som jag ser det, finns det ett särskilt värde med att de nordiska länderna liksom i andra frågor, har en likartad reglering av registerordning och andra närliggande frågor som rör alternativ- och komplementärmedicinens ställning i våra samhällen.

1.4 Disposition

Betänkandet är indelat i olika huvudavdelningar. Först kommer mitt förslag till lag om ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin m.m., följt av fyra kapitel med de beskrivande texterna. Därefter följer ett kapitel 6 med de allmänna utgångspunkterna för mina överväganden och förslag samt ett kapitel 7, där dessa överväganden och förslag redovisas. I kapitel 8 redovisar jag olika frågor som hör samman med genomförande av förslagen. Det kapitlet följs av författningskommentarer till lagförslaget. Till betänkandet är fogat två bilagor.

Kapitlen med de beskrivande texterna innehåller redogörelser för alternativ- och komplementärmedicinens som bygger på uppgifter hämtade från olika källor, för den rättsliga regleringen av hälso- och sjukvården och hälso- och sjukvårdspersonalen samt alternativ- och komplementär medicinen i Sverige, för personuppgiftslagen och närliggande reglering och för internationella förhållanden. Detta kapitel är i huvudsak inriktat på en beskrivning av de regelverk som införts och planeras införas i Danmark, Norge och Island.

De inledande kapitlen utgör samtliga underlag för de överväganden och förslag som följer i kapitlen 6, 7 och 8. Jag lämnar inte här någon redovisning för innebörden av mina överväganden och förslag, utan hänvisar till sammanfattningen eller direkt till dessa kapitel.

2 Den alternativa och komplementära medicinen

2.1 Allmänt om alternativ- och komplementärmedicin

2.1.1 Vad är alternativ- och komplementärmedicin?

Vad alternativ- och komplementärmedicin är finns det inget entydigt svar på. Utmärkande är dock att det handlar om hälso- och sjukvårdsinriktad verksamhet som traditionellt utförs utanför det som brukar benämnas som den ”etablerade” hälso- och sjukvården, – även kallad ”skolmedicin”. En ofta citerad beskrivning av alternativmedicin är den som the Cochrane Collaboration¹ använder. Denna organisation beskriver området alternativmedicin som alla de former för hälso- och sjukvård som i ett visst samhälle eller i en viss kultur under en viss historisk period existerar utanför det politiskt dominerande hälso- och sjukvårdssystemet.

I Sverige har vi reglerat gränserna mellan den etablerade hälso- och sjukvården och alternativmedicin i den centrala lagstiftningen på området – lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). I 4 kap. LYHS, där begränsningarna i att utöva alternativmedicin regleras, anges att kapitlet gäller sådana åtgärder när någon (yrkesmässigt) undersöker annans hälsotillstånd eller behandlar annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte (1 § första stycket). En avgränsning görs sedan mot den etablerade hälso- och sjukvården på så sätt att bestämmelserna i det nämnda kapitlet inte gäller den som enligt LYHS (1 kap. 4 §) tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, dvs. personalen inom den etablerade vården (1 § andra stycket). Jag återkommer med en utförlig beskrivning av denna fråga i nästkommande kapitel.

Alternativmedicin är den term som vanligtvis har använts i Sverige under de senaste årtiondena. Kännetecknande för denna är

¹ En internationell organisation som verkar för att samla all tillgänglig vetenskap som rör behandling och som baseras på randomiserade, kontrollerade studier.

att verksamheten bl.a. bygger på en annan teoretisk grund än skolmedicinen. Ofta hänger den samman med ett holistiskt synsätt, till skillnad från den etablerade hälso- och sjukvården som vilar på en naturvetenskaplig grund.

På senare tid har termen "komplementär medicin" mer och mer kommit att användas. I grunden innebär termen detsamma som "alternativ". Denna term avser mer att spegla i vilket sammanhang terapierna används, nämligen då dessa används som ett komplement till hälso- och sjukvården, i motsats till sådana terapier som enbart används som ett alternativ till den etablerade hälso- och sjukvården. När termen komplementärmedicin används, avses vanligtvis sådana metoder som under vissa förhållanden används av hälso- och sjukvårdspersonal, även om metoden principiellt sett kan betraktas som "alternativ" i den meningen att den traditionellt inte har hört hemma inom den etablerade hälso- och sjukvården. Detta gäller t.ex. akupunktur, massage och qigong. Även naprapati och kiropraktik har åtminstone tidigare betraktats som sådan komplementärmedicin.

Alternativ- respektive komplementärmedicin är emellertid långt ifrån de enda benämningar som används inom detta område. Välkänd är, den numera sällan använda, benämningen "kvacksalveri". Andra benämningar som inte heller nu används så ofta i Sverige är "folkmedicin" och "okonventionell medicin". Internationellt, främst av WHO och i utvecklingsländerna, används också termen "traditionell medicin" (TM). En på senare år vanligt använd term är "integrativ medicin". Denna term tillsammans med "komplementär medicin" avser att spegla ett närmande mellan skolmedicinen och hälsoverksamheten utanför den etablerade hälso- och sjukvården. Jag kommer inte att närmare redogöra för dessa övriga benämningar av den "icke-etablerade" hälso- och sjukvården, utan jag får här hänvisa till de olika beskrivningar som finns i litteraturen.

Vad är det då som gör att det förekommer s.k. "alternativ" verksamhet utanför den etablerade hälso- och sjukvården? Varför används inte denna, normalt sett, i den vanliga vården? Anledningen till detta är att man inom den alternativa medicinen använder sig av metoder som i princip inte har accepterats av skolmedicinen. Att alternativmedicinen inte har accepterats beror i sin tur på att man inom den etablerade hälso- och sjukvården anser att det som bedöms som alternativa behandlingsmetoder inte uppfyller de vetenskapliga krav som ställs inom hälso- och sjukvården, dvs. det anses inte visat att metoden bygger på vetenskap och beprövad

erfarenhet. Ett grundläggande krav inom hälso- och sjukvården i Sverige är nämligen att all verksamhet inom denna vård i princip måste bedrivas i överensstämmelse med ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. I Sverige finns detta lagfäst i den ovannämnda lagen LYHS (2 kap. 1 §). Jag kommer att närmare redovisa denna reglering i nästkommande kapitel.

2.1.2 Val av begrepp

Som redovisats förekommer det en rad olika termer, begrepp och definitioner av den hälso- och sjukvårdsinriktade verksamhet som i Sverige traditionellt sett bedrivs utanför den etablerade hälso- och sjukvården. I detta betänkande kommer jag dock i princip enbart använda mig av termerna alternativ- respektive komplementärmedicin. Det kan i och för sig diskuteras om ”medicin” är den lämpligaste benämningen på denna verksamhet, eftersom det trots allt kan leda i tankarna till att det handlar om vård som vilar vetenskaplig grund. I den nya norska lagen på området, vilken jag senare utförligt redovisar, talar man också genomgående om alternativ *behandling*. Termerna alternativ respektive komplementär *medicin* är emellertid väl inarbetade i Sverige, och även internationellt – i USA används t.ex. *complementary and alternative medicine* (CAM) – varför även jag väljer att benämna verksamheten som *medicin*.

Frågan är dock om endera av termerna alternativ respektive komplementär *medicin* genomgående bör användas. Det vore givetvis det mest praktiska, Som nämnts är dock de olika definitionerna för dessa termer inte entydiga. Den på senare tid oftast använda benämningen komplementärmedicin täcker inte heller in den verksamhet som uteslutande utförs utanför den allmänna hälso- och sjukvården. Därför bör man enligt min mening använda båda termerna tillsammans när verksamheten beskrivs. Av praktiska skäl kommer jag dock oftast att använda mig av samlingsbeteckningen och förkortningen *AKM* – dvs. alternativ- eller komplementärmedicin. Det kan tyckas att en annan förkortning, *KAM*, ligger närmare till hands att använda, bl.a. för att den är snarlik den förkortning som ofta används i internationella sammanhang (CAM). Denna förkortning används emellertid av en av de större branschorganisationerna i Sverige (Kommittén för Alternativ Medicin), varför jag inte finner det lämpligt att använda den.

Jag vill samtidigt tillägga att jag inte konsekvent kommer att använda mig av alternativ- eller komplementärmedicin och förkortningen AKM i betänkandet.

Med begreppet AKM avser jag den verksamhet som utövas enbart som alternativ till den etablerade hälso- och sjukvården och när den används som ett komplement. Gemensamt för dessa är att verksamheten inte anses vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. I samband med mina överväganden och förslag kommer jag att redovisa en mer precis definition av vad som avses med AKM enligt den reglering som föreslås. I detta betänkande kommer jag även att benämna dem som arbetar inom området för AKM, som *utövare* av denna medicin. Ibland används även den sammansatta formen AKM-utövare. Inom området för AKM spelar även de organisationer som organiserar dessa utövare en betydande roll, något som jag får anledning att återkomma om. Dessa organisationer kommer jag oftast att benämna som *yrkesorganisationerna*.

2.1.3 Alternativ- och komplementärmedicin är en heterogen verksamhet

Av den inledande beskrivningen kan det intrycket ges att AKM är en homogen verksamhet, något som dock inte är fallet. Utövarna inom AKM är tvärtom en mycket heterogen grupp. Man kan därför fråga sig om det är lämpligt att behandla dessa som en enda grupp på sätt som görs i denna utredning. Det enda som håller samman gruppen av utövare är att den verksamhet som utövas, traditionellt sett inte har accepterats av skolmedicinen i och med att den inte anses vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. Gränsen åt det andra hållet – dvs. gentemot sådan verksamhet som varken kan anses tillhöra skolmedicinen eller AKM – är å andra sidan också flytande. Exempelvis kan det i en del fall vara svårt att bedöma om en verksamhet tillhör AKM eller om det i stället bör ses som friskvård. Enligt olika undersökningar som gjorts finns det i Sverige mer än 200 olika former av terapier inom AKM som vilar på vitt skilda teorier och filosofier (se bl.a. SOU 1989:61). De utbildningar som utövarna av de olika behandlingsterapierna genomgår är också av mycket varierande art, såväl till omfång som till innehåll. För vissa terapier är utbildningen högst runt 100 timmar, medan utbildningar inom andra terapier är fleråriga, upp till tre-fyra år.

Utbildningarna inom AKM skiljer sig m.a.o. lika mycket åt som behandlingsterapierna inom detta område.

2.2 Översiktligt om hur behandlingsformerna kan indelas

Den beskrivning som här följer bygger på uppgifter i Alternativmedicinkommitténs betänkanden SOU 1989:60 och 1989:62. I dessa betänkanden anges att de behandlingsformer som förekommer inom AKM grovt kan indelas följande kategorier: kroppsterapier, kroppsorienterad psykoterapi, psykoterapier, mental träning samt healing-metoder.

I kroppsterapier använder man sig av metoder som huvudsakligen utgår ifrån kroppen för att påverka fysiska problem.

Inom kroppsorienterad psykoterapi används metoder som använder sig av kroppen för att påverka psykiska/själsliga problem.

Psykoterapin brukar metoder som huvudsakligen utgår från psyket/själén för att påverka psykiska/själsliga problem och manifestationer/beteende.

Mental träning rör metoder som utgår från psyket för att påverka även kroppsliga problem.

Healing-metoder inbegriper metoder som på uttalat energetisk väg griper in både på det psykiska/själsliga och fysiska planet.

I de nämnda betänkandena indelades dessa kategorier i olika underkategorier. Exempel på det är, när det gäller kroppsterapierna, manuella behandlingsmetoder, huvudsakligen ämnade att korrigera störningar i rörelseapparaten (bl.a. kiropraktik, naprapati och osteopati), manuella metoder för behandling av kroppens mjukdelar (framför allt olika massageformer), naturenliga metoder för att stärka kroppens självläkande förmåga (bl.a. antroposofisk medicin). För en utförlig redovisning hänvisas till de ovannämnda betänkandena.

2.3 Kort om några av terapierna inom alternativ- och komplementärmedicin

I det följande görs en kortfattad beskrivning av några av de terapier som förekommer inom AKM i Sverige. Av framför allt tidsskäl har jag inte möjlighet att närmare belysa de cirka 200 olika terapier som

förekommer i Sverige. Jag får här hänvisa till olika rapporter i ämnet, där terapierna finns beskrivna, bl.a. Alternativmedicinkommitténs betänkande Alternativa terapier i Sverige – en kartläggning (SOU 1989:62) och SPRI rapporten nr 485 Alternativ medicin – Forskning igår, idag, imorgon. (M. Eklöf). Den följande beskrivningen av några av de terapier som förekommer i Sverige grundas på dessa källor samt Nationalencyklopedin. En del av dessa terapier används numera i viss utsträckning inom den etablerade hälso- och sjukvården.

Akupunktur

Akupunktur är en del av den traditionella kinesiska medicinen, men används även enligt andra förklaringsmodeller. Akupunktur innebär vanligen att nålar sticks in i huden på bestämda punkter längs s.k. meridianer, i vilka qi, livsenergin, antas flöda. Det finns även andra sätt att stimulera punkterna, t.ex. genom örtbränning (moxibustion), vakuum (koppning) eller med laser. Avsikten med behandlingen är att påverka energiflödet i kroppen. Enligt den traditionella kinesiska medicinen, TCM, ges behandling efter diagnos enligt teorier om yin och yang, de fem elementen etc. I Västerlandet intresserar man sig främst för akupunkturens möjligheter till smärtlindring. Smärtlindringen antas bero på att nålarna stimulerar vissa nervtrådar, och när impulserna når hjärnan frisätts morfinliknande ämnen, däribland endorfin och enkefalin, som i sin tur hämmar de inkommande smärtsignalerna.

Aromaterapi

Med aromaterapi avses användning av eteriska (väldoftande) och andra vegetabiliska oljor i terapeutiskt syfte. Oljorna används för att påverka framförallt kroppsliga funktioner, t.ex. hudproblem, muskelsmärta, luftvägsproblem och stressymtom. De eteriska oljorna utvinns ur olika delar av växter, såsom blad, blommor, bark och rötter. Förutom vid massage används de även till inhalering, bad och rumsarom.

Homeopati

Homeopatin, grundad av Samuel Hahnemann (1755–1843), är ett medicinskt system som bygger på principen att lika botar lika: en åkomma botas med ett medel som hos friska människor framkallar samma symtom som sjukdomen i fråga. För att stimulera kroppens självhelande funktioner används framför allt potensierade medel. Detta förfarande innebär att ett ämne späds ut i flera omgångar. Den påstådda effekten av medlet anses bero på att ämnets energi eller ”mönster” överförs till medicinen.

Kinesiologi

Kinesiologi finns i olika former. Ett exempel är Applied Kinesiologi, tillämpad rörelselära, ett diagnos- och behandlingssystem skapat av den amerikanske kiropraktorn George Goodheart på 1960-talet. Det innefattar manuella muskeltester, akupressur och massage av reflexpunkter m.m. i syfte att återställa kroppens energetiska och strukturella balans.

Kiropraktik

Enligt metodens upphovsman, Daniel David Palmer (1845–1913), kunde störningar i ryggraden orsaka alla sjukdomar, och en manipulation av ryggen kunde bota dessa. Den moderna kiropraktiken har övergett Palmers grundläggande idéer och definierar metoden i dag som undersökning, behandling och förebyggande av funktionella störningar, smärtsyndrom och andra neurofysiologiska åkommor i rörelseapparaten, och då särskilt i ryggrad och bäcken. Man använder speciella handgrepp och vid behov även annan fysiologisk behandling.

Massage

Med massage avses strukturerad beröring i ett bestämt syfte. Med olika handgrepp åstadkoms en mekanisk bearbetning av kroppens mjukvävnader (hud, bindväv och muskler). Beroende på massagens syfte och på egenskapen hos den kroppsvävnad som masseras används olika metoder. Massage kan utövas i många former och un-

der delvis olika förhållanden, alltifrån enkel beröring till avancerad massageterapeutisk behandling av en skada.

Massage har använts i alla tider och i alla kulturer främst i syfte att ge muskelavslappning, smärtlindring och som en skön och avstressande behandling. Den svenska klassiska massagen utarbetades i början av 1800-talet av Pehr Henrik Ling och har blivit den mest använda massagetekniken i västvärlden.

Verkningarna av massage är omfattande och har olika effekt beroende på vilken massageform som används. Massage kan (ensamt eller i kombination med andra åtgärder) användas för behandling av sjukdom, skada eller funktionsstörning inom den etablerade hälso- och sjukvården (huvudsakligen inom sjukgymnastik), inom alternativ medicin samt i viss omfattning inom idrotten.

Naprapati

En metod för huvudsakligen manuell korrigerande av smärttillstånd och andra förändringar i ryggrad, leder, bindväv och muskler. Behandlingen omfattar bl.a. medicinsk manipulation och mobilisering, massage, tånjningar och rörelseterapi. Metoden utvecklades i början av 1900-talet av Oakley Smith. Naprapati förekommer främst i USA, i Sydeuropa och Skandinavien.

Osteopati

Osteopati är en manuell behandlingsform, som betonar kroppens dynamiska helhet och självreglerande förmåga. Terapiformen presenterades av Andrew Taylor Still 1874. I behandlingen ingår olika massage-, manipulations- och mobiliseringstekniker. Osteopati används vid t.ex. problem i rörelseapparaten och funktionella störningar i olika organ.

Zonterapi

Den i landet vanligaste formen av zonterapi är fotzonterapi. Metoden bygger på att det råder samband mellan olika zoner på fötterna och olika delar av kroppen. Genom massage på dessa zoner söker man upptäcka och behandla olika störningar.

2.4 Utredningar om alternativ- och komplementärmedicin

2.4.1 Attitydundersökningar

Det finns inte i Sverige på senare tid någon rikstäckande undersökning av allmänhetens inställning till och bruk av AKM. Den senaste undersökningen av sådant slag utfördes av alternativmedicinkommittén på 1980-talet. Stockholms läns landsting utförde dock år 2000 en regional undersökning för invånarna i Stockholms län.

I det följande redovisas i korthet de rön som gjordes i dessa båda undersökningar.

Alternativmedicinkommittén

Under åren 1985 och 1986 genomförde alternativmedicinkommittén i samarbete med Statistiska Centralbyrån (SCB) två undersökningar i syfte att mäta omfattningen av och attityder till alternativ behandling bland Sveriges befolkning.

Sammanfattningsvis visade de undersökningar som kommittén låtit utföra följande:

- utnyttjandet av AKM hade ökat de senaste tio åren (1975–1985),
- var femte svensk hade någon gång fått behandling av utövare inom AKM,
- alternativa behandlingsformer förekom i alla åldrar, alla yrkesgrupper och på alla utbildningsnivåer,
- manipulationsterapier av typen kiropraktik och naprapati var de vanligaste behandlingsformerna, följda av homeopati, örtmedicin, akupunktur och zonterapi,
- olika former av smärtillstånd i rygg och leder var de vanligaste besvären som folk sökte behandling för,
- ett vanligt skäl till att söka AKM var att man inte ansett sig ha blivit hjälpt inom den vanliga sjukvården,
- mer än 70 procent av dem som behandlades ansåg sig helt besvärsfria eller bättre efter den alternativa behandlingen,
- det man var mest nöjd med hos den alternativa behandlaren var ett gott bemötande, att man hade samma behandlare och att man lyssnade och tog hänsyn till patienten och

- bland svenska folket totalt beräknades 70 procent kunna tänka sig att nyttja AKM.

Stockholmsrapporten från år 2000

År 2000 lät Stockholms läns landsting utföra en befolkningsstudie av stockholmarnas erfarenheter av och inställning till AKM. Studien genomfördes av Linköpings universitet (Tema Hälsa och samhälle). Resultatet av denna studie finns redovisat i rapporten Stockholmare och den komplementära medicinen.

Studien omfattade 1001 personer mellan 16 och 84 år, som var folkbokförda och stadigvarande bosatta i Stockholms län, och de intervjuades via telefon under en månad hösten 2000.

Utgångspunkten för studien var att undersöka erfarenheten av och inställningen till olika former av vård och behandling, inklusive vad som kan kallas AKM.

I rapporten konstaterades att de intervjuade stockholmarnas kännedom om och definitioner av AKM varierade. Kvinnor var mer bekanta med alternativa och komplementära behandlingsformer än män. De terapiformer som de flesta kände till var massage, naturläkemedel och akupunktur, medan över hälften av de tillfrågade inte kände till antroposofisk medicin, rosenterapi, kristallterapi eller kinesologi. Inga av de tolv terapiformer som nämndes, och som brukar betecknas som AKM i olika undersökningar på området, ansågs till 100 procent höra till just alternativ eller komplementär medicin. Den enda terapiform som åtminstone över hälften av de tillfrågade ville beteckna som alternativ- eller komplementärmedicinsk vård, var den antroposofiska medicinen. Healing och kristallterapi ansåg närmare hälften av de tillfrågade inte alls hade med medicinsk vård att göra. Manuella behandlingsformer som massage, kiropraktik och naprapati fick en relativt jämn spridning av svaren om de var att beteckna som alternativ eller komplementärmedicinsk vård, vanlig medicinsk vård eller både och.

När det gäller befolkningens erfarenheter av AKM, konstaterades att en klar ökning hade skett sedan undersökningen på 1980-talet gjordes inom ramen för alternativmedicinkommitténs arbete. Av de 1001 nu tillfrågade personerna uppgav 49 procent att de någon gång besökt vad de skulle vilja kalla för alternativ- eller komplementärmedicinska behandlare; ytterligare 3 procent var tveksamma. En större andel kvinnor än män hade erfarenhet av sådana behand-

lare. 20 procent uppgav att de har besökt alternativ- och komplementärmedicinska behandlare under det senaste året.

Massage var den behandlingsform som de flesta stockholmare, 57 procent, hade prövat någon gång. Vilken eller vilka former av massage det rör sig om var dock inte närmare undersökt. Naturläkemedel hade 42 procent prövat, kiropraktik 30 procent och akupunktur 26 procent. Därefter följde naprapati, som 21 procent av stockholmarna har erfarenhet av.

Ytterst få stockholmare uppgav enligt rapporten att de vid sjukdomar eller besvär valt att söka sig enbart till alternativmedicinska behandlare helt utanför den konventionella vården.

20 procent av stockholmarna hade behandlats med vissa alternativ- och komplementärmedicinska behandlingsmetoder hos någon vårdgivare under den senaste 12-månadersperioden före mätningen utfördes. Dessa personer fick en rad följdfrågor knutna till det senaste behandlingstillfället. 36 procent av behandlingstillfällena hade ägt rum hos någon etablerad vårdgivare - som sjukgymnast, läkare och sjuksköterska - medan 59 procent gällde vad som betecknades som alternativ- och komplementärmedicinska vårdgivare, som naprapat, kiropraktor och massör. Massage och naprapati var de vanligaste behandlingsformerna medan naprapat och sjukgymnast var de vanligaste vårdgivarna.

29 procent hade valt vårdgivare efter rekommendation av släkt eller vänner, vilket framför allt gällde yrkesgrupper som naprapater och kiropraktorer. Ett relativt nytt skäl att söka alternativ- och komplementärmedicinsk behandling, jämfört med för femton år sedan då alternativmedicinkommittén undersökte saken, var olika varianter av att vårdgivaren var lättillgänglig eller att behandlingen fanns på jobbet och arbetsgivaren betalade, vilket nu drygt 14 procent angav. Däremot var det ett sällsynt förekommande skäl att söka de aktuella alternativ- och komplementärmedicinska behandlingarna som ett "sista halmstrå".

De flesta, 60 procent, hade först gått till läkare med de besvär som sedermera behandlades alternativ- och komplementärmedicinskt.

När det gällde framtida behandlingar ansåg 53 procent av de tillfrågade stockholmarna att det var troligt att de i framtiden kommer att söka vård hos vad de ville kalla alternativ- eller komplementärmedicinska behandlare, medan 24 procent höll det för osannolikt.

Enligt rapporten tyckte 77 procent av de intervjuade personerna att samarbetet mellan alternativ vård och vanlig sjukvård skulle öka

i framtiden. 74 procent ansåg det viktigt att Stockholms läns landsting avsatte resurser för forskning om alternativ- och komplementärmedicinska terapier. Vidare ansåg 73 procent att det finns alternativa behandlingsformer som ska bekostas med skattemedel och ge rätt till reducerad avgift för patienten. I övrigt menade 69 procent att alternativmedicinska vårdgivare skulle ha samma rättigheter och skyldigheter som vårdgivare inom den vanliga hälso- och sjukvården.

2.4.2 Landstingsförbundets utredningar

Landstingsförbundet har under den senaste treårsperioden utfört två olika utredningarna rörande AKM. Den ena tar upp användningen av AKM inom landstingen och den andra, vilken färdigställdes så sent som i augusti 2004, rör rent allmänt forskningen och utvecklingen inom AKM. Utredningarna redovisas i det följande.

Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet anordnade i slutet av augusti i år en konferens på temat komplementär medicin då den nya forskningsrapporten presenterades. Konferensen vände sig i första hand till politiker och tjänstemän från landsting och kommuner. Avsaknaden av medel för forskning och utvärderingsstudier på detta område konstaterades och diskuterades. Konferensen gav också en beskrivning av den utveckling som pågår inom hälso- och sjukvården med integrativ medicin och vilka begränsningar och möjligheter man kunde se i en sådan utveckling.

Kartläggningen om användningen av AKM inom landstingen

År 2001 lät Landstingsförbundet genomföra en kartläggning av den komplementära medicinens utbredning och tillämpning inom landstingen i Sverige. Kartläggningen genomfördes av Örebro universitet och resultatet redovisades i rapporten Den komplementära medicinens utbredning och tillämpning inom landstingen.

I kartläggningen ingick 18 landsting, två regioner och en kommun. Komplementära metoder förekom inom samtliga landsting som svarat i undersökningen (16 av 18 landsting). De metoder som mest användes var akupunktur, massage och qigong och där efter följde tai chi och basal kroppskänedom. Vid tiden för denna

undersökning hade sju landsting tecknat avtal med externa utövare som kiropraktorer, naprapater och antroposofer vid Vidarkliniken.

De komplementära metoderna utövades främst av sjukgymnaster inom landstingen, men även av barnmorskor, läkare, distriktsköterskor, undersköterskor och kuratorer. Dessa hade i huvudsak genomgått kortare kurser eller vidareutbildning inom respektive terapi. De flesta landsting betonade när det gällde akupunktur att utövarna hade genomgått den av Socialstyrelsen godkända utbildningen.

I undersökningen framkom vidare att landstingen ansåg att det var viktigt att komplementärmedicin diskuterades öppet inom organisationen; detta för att underlätta ställningstaganden och för en bättre kommunikation med vårdtagarna. Det ansågs även viktigt att fler vetenskapliga studier genomförs och att kunskapen på området ökar, bl.a. genom utbildning i vissa metoder. Fler vårdavtal med kiropraktorer och naprapater efterlystes också.

I intervjuer med tjänstemän och hälso- och sjukvårdspersonal vid två landsting, framkom vidare att det ansågs vara svårt att definiera komplementär medicin. Den eventuella tveksamhet som finns i förhållande till denna medicin, ansågs mycket bottna i att man inte känner till vad andra yrkesgrupper gör och att metoderna är för dåligt vetenskapligt dokumenterade. Man ansåg dock att området skulle komma att få större betydelse och det fanns intresse för ökad forskning. Försäkringskassan sågs som en angelägen samarbetspartner. Det ansågs vidare att om de komplementära metoderna visar sig vara verksamma, borde en diskussion föras om de ska inordnas i hälso- och sjukvården.

Rapporten om forskning och utveckling på AKM-området

År 2003/2004 lät Landstingsförbundet på nytt genomföra en utredning, nu med syfte att göra en aktuell översikt över forskning och utveckling på, som det benämns, det komplementärmedicinska området i Sverige och internationellt. Utredningen genomfördes av Linköpings universitet (Tema Hälsa och samhälle) och den redovisades i rapporten Komplementär medicin – forskning, utveckling och utbildning.

Av rapporten framgår att man inom ramen för utredningen haft kontakter med bl.a. Socialstyrelsen. Det anges att Socialstyrelsen inte anser att en uppdelning i konventionell respektive komple-

mentär medicin är relevant idag. Skiljelinjen går i stället mellan behandlingsmetoder med vetenskaplig dokumentation och metoder som saknar sådan dokumentation. I bedömningen av vetenskaplig dokumentation tas även hänsyn till kvalitativa studier, om de uppfyller kraven på validitet och reproducerbarhet. Styrelsens främsta hänsynstagande är vad som är bäst för patienten. Om en metod kan antas hota patientsäkerheten, krävs ordentlig evidens. På metoder som bedöms ofarliga, ställs lägre evidenskrav.

I fråga om forskning konstateras i rapporten att det i Sverige inte finns några nationellt särskilt avsatta medel för forskning rörande komplementär medicin. De etablerade forskningsfinansiärerna har endast undantagsvis eller i ringa utsträckning finansierat sådan verksamhet. Den verksamhet som bedrivs vid Karolinska institutet, Linköpings och Örebro universitet redovisas också i rapporten (se vidare avsnitt 2.5).

I rapporten redovisas även att det i Sverige finns flera exempel på hur komplementära behandlingsmetoder används i kombination med konventionell vård och behandling i en integrerad behandlingsmodell. Fyra exempel på sådan verksamhet redovisas närmare i rapporten. Dessa är:

- Geriatrik Sahlgrenska – en avdelning på universitetssjukhuset i Göteborg som är inriktad mot komplementära behandlingsmetoder vid främst smärta och åldersrelaterade problem,
- Institutet för psykosomatisk medicin i Hultafors – ett privat institut med en integrerad modell för vård och behandling av psykosomatiska problem,
- S:t Görans smärtklinik – en smärtklinik på ett sjukhus i Stockholm och
- Vidarkliniken i Järna – ett privat sjukhus med inriktning mot antroposofisk medicin.

I rapporten anges att ett gemensamt drag för sådana vårdinrättningar med integrerad medicin är en kombination av konventionell och komplementärmedicinsk behandling, riktad till såväl kroppsliga, psykologiska och själsliga/andliga aspekter av människan. Vård och behandling ges i ett flerprofessionellt samarbete där varje vårdgivare har sitt självständiga behandlingsområde. Patienterna är som regel personer med kroniska, multifaktoriella och/eller svårbehandlade sjukdomar och hälsoproblem. Behandlingsplanen är

individualiserad och flexibel. Stor vikt läggs vid patientens delaktighet i val, beslut och genomförande av vård och behandling, liksom vid den fysiska miljön för behandlingen. En ytterligare gemensam nämnare för de redovisade exemplen är att det förefaller vara enskilda personers (i regel läkares) initiativ och engagemang som legat bakom uppbyggnaden av behandlingsmodellerna.

2.5 Forskning och utbildning vid vissa lärosäten

I Sverige finns det inte något nationellt forskningscentrum inom AKM, såsom i Norge och Danmark (se 5 kap). Viss forskning inom området bedrivs dock vid landets universitet och högskolor. Kurser om – och i vissa fall i - AKM ges också för läkarstuderande, sjuksköterskor och andra som är intresserade.

Tre lärosäten i Sverige – Karolinska Institutet, Linköpings universitet och Örebro universitet – har på ett tydligt sätt visat intresse för att på ett övergripande plan bedriva studier i och kring AKM. I det följande redovisas i korthet det arbete som bedrivs vid dessa lärosäten. Denna redovisning bygger bl.a. på den sammanställning som gjorts i den ovan nämnda rapporten Komplementär medicin – Forskning, utveckling, utbildning.

Karolinska Institutet

År 2003 bildades ett *Centrum för studier av komplementär medicin*, som bygger på ett samarbete mellan olika institutioner inom Karolinska Institutet (KI). Denna verksamhet syftar till att undersöka förklaringsmekanismer till det ökade intresset för det, som här benämns, komplementärmedicinen samt att utveckla och utvärdera policyriktlinjer och lagstiftning. Vidare ska centret utveckla och utvärdera modeller för samverkan mellan vissa typer av komplementärmedicin och skolmedicin i fattiga och rika länder. Målet med centrets forskning och utveckling är att ”befrämja evidensbaserad utveckling av hälso- och sjukvården och att bidra till en både säkrare, mer kostnadseffektiv och tilltalande hälso- och sjukvård, för både patienter och vårdgivare, med relevanta inslag av komplementärmedicin. Aktiviteter bedrivs i samråd med olika viktiga intressegrupper som t.ex. hälso- och vårdgivare inom den konventionella liksom komplementära sektorn, hälsoplanerare, be-

slutsfattare och patientgrupper.” Verksamhetens kompetensområde är främst traditionell medicin, läkemedelsfrågor och internationell folkhälsa.

För närvarande ges kortare kurser (2 respektive 3 poäng) om AKM. Dessa kurser ger huvudsakligen en översiktlig bild av de olika terapier inom AKM som finns i Sverige. Enligt uppgift planerar KI att från och med höstterminen 2005 starta en längre kurs (20 poäng), som huvudsakligen riktar sig mot utövare av AKM och den avser att ge grundläggande kunskaper i medicin, bl.a. i syfte att stödja dem som utövar AKM.

Linköpings universitet

Tema Hälsa- och samhälle vid Linköpings universitet är en tvärvetenskaplig enhet inom Institutionen för Hälsa och samhälle (som i sin tur är trefakultetsinstitution bestående av medicinsk, teknisk och filosofisk fakultet). Inom denna enhet finns forskare från skilda discipliner samlade inom forskningsprogrammet Hälsan, samhället och den medicinska pluralismen. Detta program syftar till att studera den medicinska pluralismen i samhället som socialt, kulturellt, terapeutiskt och historiskt fenomen. Basen är humanistisk-samhällsvetenskaplig hälsoforskning, vilket bedrivs i samarbete med forskare och praktiker inom medicin och vårdvetenskap.

Inom ramen för nätverket ”Forum för studier i medicinsk pluralism”, som startades under år 2003, bedrivs flera seminarier och projekt under temat ”Den medicinska pluralismen”.

Tema Hälsa- och samhälle ger också sedan läsåret 2002/03 en fristående kurs på B-nivå om 5 poäng (Perspektiv på komplementär hälso- och sjukvård). Denna kurs syftar till att erbjuda ökad kunskap om alternativ och komplementär hälso- och sjukvård som historiskt, sociokulturellt och terapeutiskt fenomen.

Örebro universitet

År 2000 inrättades vid Örebro universitet Centrum för komplementära hälsostudier (CKHS) vid Institutionen för Idrott och hälsa som ett treårigt projekt för att öka kunskapen om AKM. Detta projekt, som finansierats av Örebro läns landsting och För-

säkringskassan i Örebro län, är nu avslutat. Inom ramen för projektet har bl.a. olika seminarier anordnats. Projektet har följts av forskningsprojekt med inriktning mot den kinesiska vägen till hälsa. Vid universitetet ges kurser inom AKM på detta tema.

Sedan hösten 2003 anordnas även ett Spa-program, som är en tvåårig högskoleutbildning.

2.6 Yrkesorganisationer inom alternativ- och komplementärmedicin

I Sverige finns ett antal organisationer och förbund som organiserar utövare av olika behandlingsterapier inom AKM. I det följande redovisas översiktligt ett antal av dessa olika yrkesorganisationer. Redovisningen bygger till viss del på material som utredningen har fått från organisationerna, men också på information som finns tillgängligt via Internet.

Branschrådet Svensk Massage och Kroppsterapeuternas Yrkesförbund

Branschrådet Svensk Massage, som bildades år 1998, består av förbund och skolor. Medlemmar i rådet är för närvarande Kroppsterapeuternas Yrkesförbund och elva skolor. Av rådets information framgår att detta bl.a. vill värna om massörers yrkesskicklighet och branschens seriositet samt representera branschen inför regering och EU.

I rådets information anges att dess huvuduppgift är att inom ramen för det frivilliga samarbetet kvalitetssäkra seriös utbildning. Det avses ske genom att eleverna vid medlemsskolorna genomgår ett nationellt certifieringsprov. För att bli certifierad måste den sökande enligt rådet bli godkänd vid teoretiska och praktiska certifieringsprov och bedömas lämplig för massöryrket av utbildaren. Det teoretiska provet är skriftligt. Provet omfattar 100 frågor av flervalskaraktär med ett stort inslag av bildfrågor. Det har sin tyngdpunkt på anatomi men tar också upp fysiologi, grundmedicin, massage och stretching. I det praktiska provet ska den som ansöker om certifiering visa att han/hon kan genomföra en helkropps-massage. Behandlingen ska därvid anpassas till klientens önskemål och behov samtidigt som varierande grepp och tekniker ska an-

vändas. Den sökande ska vidare visa att hon/han klarar ett antal palpationer och behärskar olika tøjningar samt kan visa egentøjningar.

En massör som genomgått annan utbildning än vid en medlemskola kan göra samma certifieringsprov som "privatist" Hittills (hösten 2004) har drygt 6.000 massörer certifierats av Branschrådet Svensk Massage.

Branschrådet har vidare antagit etiska regler som medlemmarna har förbundit sig att följa. Av rådets information framgår att dessa regler bl.a. innebär att

- terapeuten ska iaktta tystlåtenhet om varje patient som rådfrågar honom eller kommer under hans vård, såvida inte patientens väl äventyras här,
- terapeuten får inte låta sig påverkas av otillbörlig förvärvsbegär, terapeutens marknadsföring ska vara vederhäftig och till innehåll saklig och korrekt. Den får varken till form eller innehåll vara sådan att den kan misskreditera andra terapeuter.

I rådet ingår som nämnts ett yrkesförbund – Kroppsterapeuternas Yrkesförbund. Förbundet, som i dess nuvarande form bildades år 2001, har cirka 4125 medlemmar, varav merparten är massörer (3650). Övriga medlemmar är zonterapeuter, kinesioleger, akupressörer, Spa-terapeuter, Aromaterapeuter och shiatsuterapeuter. Utbildningen inom dessa terapier omfattar mellan 200–350 timmar inom respektive terapi samt en medicinsk grundkurs; för massörer uppgår denna f.n. till lägst 100 timmar. Massörer måste vara certifierade av Branschrådet Svenskt Massage för att bli medlemmar i Kroppsterapeuternas yrkesförbund. För övriga terapeuter krävs, förutom medicinsk grundkurs, viss specifik terapiutbildning för medlemskap i förbundet.

Inom Kroppsterapeuternas Yrkesförbund finns ett ansvarskott organiserat hos förbundets styrelse. Detta ansvarskott har till uppgift att behandla ärenden rörande brott mot etiska regler, mot förbundets stadgar och motsvarande ärenden.

Homeopati

Svenska Homeopaters Riksförbund

Svenska Homeopaters Riksförbund (SHR) är Sveriges största Homeopatförbund och det har funnits sedan år 1928.

För att få vara medlem i förbundet krävs dels en godkänd examen i grundmedicin, vilken ska omfatta minst motsvarande 40 högskolepoäng, dels specialkompetens i homeopati som studerats vid skolor vilka är godkända av förbundet.

Medlemmarna kan även bli auktoriserade av förbundet. Kraven för att bli auktoriserad medlem är att man bl.a. har

- genomgått en godkänd homeopatisk och basmedicinsk utbildning (samma krav som ställs för att bli medlem i förbundet idag),
- vidareutbildat sig inom homeopati minst en gång varje år vid av SHR anordnade kurser eller likvärdig extern utbildning som kan intygas,
- aktivt drivit en praktik i minst två år.

Enligt SHR:s stadgar kan medlemmen uteslutas om förbundets stadgar inte följs. Stadgarna innehåller etiska regler om t.ex. journalföring, marknadsföring och tystnadsplikt.

Svenska Akademin för Klassisk Homeopati

Svenska Akademin för Klassisk Homeopati (SAKH) är ett förbund, som består av praktiserande homeopater, studerande homeopater och stödjande medlemmar. Förbundet bildades år 1985 och har drygt 100 medlemmar, varav ungefär en tredjedel är studerandemedlemmar. För att bli fullvärdig medlem i SAKH och få möjlighet att stå med i förbundets förteckning över praktiserande homeopater, krävs att man har en basmedicinsk utbildning som motsvarar minst 40 högskolepoäng samt en utbildning i homeopati omfattande minst 1000 undervisningstimmar.

För att erhålla den auktorisation som förbundet utfärdar krävs att man bl.a. har varit fullvärdig medlem i minst två år samt att man arbetar som specialist med klassisk homeopati.

SAKH har antagit etiska regler och den har ett etiskt råd, dit man kan vända sig som patient om man är missnöjd med en med-

lems yrkesutövning. Ansvarsförsäkring är obligatorisk för alla som praktiserar.

Homeopatiska rådet i Sverige

Homeopatiska rådet i Sverige bildades år 2003 och är ett samarbetsorgan inom Homeopati. I rådet ingår SHR, SAKH, KAM, Hanhemann-Collegium, Legitimerade Sjuksköterskors Riksförening för Homeopati samt Riksförbundet för klassisk Djurhomeopati.

KAM

En av de större organisationerna inom alternativ- och komplementärmedicinen i Sverige är KAM (Kommittén för Alternativ Medicin). KAM bildades år 1984 i samband med att alternativmedicinkommittén tillsattes. KAM är en ideell, religiöst och partipolitiskt obunden förening och den är en branschorganisation samt ett kontrollorgan för förbund och skolor som ingår i KAM. I KAM ingår i november 2004 följande organisationer:

- Alternativmedicinska Skolgruppen, ASG
- Kraniosakrala Terapeutförbundet, KSTF
- Nordiska Homeopatförbundet, NHF
- Näringsmedicinska Terapeutförbundet, NMTF
- Svenska Fotzonterapeuters Riksförbund, SFRF
- Svenska Naturläkarförbundet, SNLF
- Svenska Naturmedicinska Sällskapet, SNS
- Sv. Medicinsk Qigong Riksförbund, SMQRF
- Sv. Akupunkturförbundet –TMC, SAF-TMC

I Alternativmedicinska Skolgruppen ingår f.n. 14 skolor. KAM organiserar enligt uppgift cirka 700 utövare inom AKM.

KAM har sedan ett tiotal år tillbaka inrättat ett auktorisationsförfarande. Till grund för auktorisationen ligger bl.a. en av KAM framtagen basmedicinsk utbildning om motsvarande 20 respektive 40 högskolepoäng. Auktorisationen är uppdelad på två nivåer:

- *Nivå 1*: kroppsterapeut med en basmedicinsk utbildning motsvarande lägst 20 högskolepoäng samt utbildning i komplementär- och alternativmedicinsk kroppsterapi, t.ex. shiatsu och bindvävsmassage etc.

- *Nivå 2*: Komplementär- och alternativmedicinare med basmedicinsk utbildning motsvarande lägst 40 högskolepoäng samt utbildning i komplementär- och alternativmedicin, t.ex. akupunktur, homeopati, manuell behandling, zonterapi, örtmedicin etc.

Auktorisationen är öppen för alla som uppfyller KAM:s auktorisationsnorm, som innebär att personen i fråga ska

1. ha genomgått basmedicinsk utbildning i enlighet med KAM:s norm om minst motsvarande 20 respektive 40 högskolepoäng samt
2. inneha fullvärdigt medlemskap i ett av KAM godkänt yrkesförbund inom den komplementär- och alternativmedicinska sektorn med krav på adekvat och gedigen utbildning.

Frågor om auktorisation prövas av ett auktorisationsråd inom KAM. Auktoriserade komplementär- och alternativmedicinare samt auktoriserade kroppsterapeuter erhåller bevis att de uppfyller KAM:s auktorisationskrav. De auktoriserade finns intagna i ett automatiserat register som KAM för.

Det sker en årlig kontroll av de auktoriserade att de är medlemmar i ett av KAM godkänt förbund och att de innehar ansvarsförsäkring. De auktoriserade är vidare förpliktigade att följa KAM:s etiska regler samt för branschen tillämpliga lagar och förordningar. I de etiska reglerna som KAM tagit fram anges, utöver vad som nyss nämnts, bl.a. att terapeuten inte ska arbeta utanför sitt kompetensområde och inte underlåta att anlita annan medicinsk sakkunskap om han eller hon vid undersökningen finner sådan erforderlig. Vidare har terapeuten tystnadsplikt. Terapeuten ska avhålla sig från oseriös marknadsföring. Hos KAM finns inrättat en ansvarsnämnd som prövar disciplinära frågor.

Riksorganisationen för Shiatsu

Riksorganisationen för Shiatsu bildades år 1994. Enligt uppgift är dess målsättning bl.a. att sprida intresset för shiatsu, befrämja samarbete mellan shiatsuterapeuter, uppmuntra till forskning om shiatsu samt befrämja utbildningar inom shiatsu.

För medlemskap i organisationen krävs enligt uppgift 250 timmars undervisning i Shiatsu, 75 egna dokumenterade behand-

lingar, 10 erhållna professionella shiatsu behandlingar samt basmedicinsk utbildning motsvarande Axelsons steg 1.

Organisationen auktoriserar även medlemmar. För att bli auktoriserad shiatsuterapeut krävs studier och praktik i minst fem år, minst 450 timmar, egna dokumenterade shiatsubehandlingar varav minst 100 stycken det senaste året eller totalt 300 stycken samt basmedicinsk utbildning motsvarande minst 20 universitetspoäng och därtill gedigna kunskaper i österländsk medicin.

Svenska Osteopatförbundet

År 1972 bildades Nordiska Physioterapiförbundet av alternativmedicinskt utbildade terapeuter, merparten med osteopatisk utbildning. Därefter byttes namnet år 1981 till Svenska Osteopatförbundet. Förbundet organiserar idag enligt uppgift ett 80-tal medlemmar. För att bli medlem i förbundet krävs en utbildning som ger titeln D.O. Internationellt finns ett flertal sådana utbildningar och i Sverige är det enligt uppgift enbart Skandinaviska Osteopatskolan som uppfyller dessa krav.

Nordiskt samarbete

På nordisk nivå finns ett samarbete mellan yrkesorganisationerna. Exempel på det är Nordiska samarbetskommittén för icke konventionell Medicin som bildades år 2000. Den som består av branschorganisationer för yrkesutövare av komplementär- och alternativmedicin i de nordiska länderna.

I denna kommitté ingår:

- LNS – Landsorganisationen Natursundhetsrådet, Danmark
- FÍSG – Félag íslenskra grædara, Island
- LKL – Luononlääketieteen Keskusliitto, Finland,
- NNH – Norske Naturterapeuters Hovedorgansasjon, Norge
- KAM – Kommittén för Alternativ Medicin, Sverige

2.7 Utbildningar inom alternativ- och komplementärmedicin

Utbildningar inom AKM ges idag i huvudsak i enskild regi.

Inom ramen för min utredning har det inte funnits möjlighet att göra någon närmare kartläggning av de olika utbildningsanordnare och utbildningar som finns på detta område. Skolverket har efter samråd med utredningen låtit utföra en kartläggning över berörda utbildningar som förekommer på Internet. Denna kartläggning finns redovisad i *bilaga 2*.

Utöver vad som redovisas i denna bilaga, förekommer det från tid till annan kortare utbildningar i AKM inom t.ex. folkhögskolor eller som arbetsmarknadsutbildningar regionalt och lokalt.

3 Den rättsliga regleringen på hälso- och sjukvårdsområdet

3.1 Utvecklingen av den rättsliga regleringen inom alternativ- och komplementärmedicinen

3.1.1 1960-års lag m.m.

Allmän bakgrund

I Sverige har det inte funnits något generellt förbud mot att utöva näringsverksamhet inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten har då som nu varit att det är tillåtet för var och en att vara verksam på hälso- och sjukvårdens område. I syfte att skydda allmänheten har dock näringsfriheten på detta område fått vidkännas vissa inskränkningar. Tidigare har dessa begränsningar reglerats i 1915 års lag om behörighet att utöva läkaryrket, som sedan i aktuella delar ersattes av lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område – även benämnd kvacksalverilagen. I detta betänkande används benämningen 1960-års lag.

Genom denna lag kom behandlingsförbudet att bli mera utsträckt än i 1915 års lag. Enligt den föredragande departementschefen borde samhället inta en mera markerat negativ hållning till det som då benämndes kvacksalveri, än vad som tidigare ansågs motiverat. I den mån kvacksalveri tolererats på grund av brist på läkare eller svårigheter att nå läkare, ansågs dessa skäl ha minskat i betydelse. Det huvudsakliga skälet till att ett totalt förbud mot allt kvacksalveri då inte infördes, angavs vara att ett sådant förbud inom stora folkgrupper troligen inte skulle anses vara motiverat och inte respekteras. (prop. 1960:141 s. 130).

Ett totalförbud mot kvacksalveri skulle vidare, enligt departementschefen, kräva att all verksamhet på hälso- och sjukvårdens område som ansågs önskvärd – och som därför borde tillvaratas – inordnades bland övriga erkända verksamhetsformer inom hälso- och sjukvården genom ett auktorisationssystem, tillsammans med

kontinuerlig kontroll över de auktoriserade yrkesutövarnas verksamhet. Vid lagens tillkomst ansågs tiden inte mogen för ett sådant förfarande.

I övrigt angavs i förarbetena till 1960-års lag att förbuden i lagen främst betingats av en strävan att så långt som möjligt eliminera de risker till liv och hälsa som ”osakkunniga” personers verksamhet på hälso- och sjukvårdens område innebar för dem som kom under dessa personers behandling (a. prop. s. 31).

Närmare om 1960-års lag

Tillämpningsområde

De förfaranden som omfattades lagen var att *mot ersättning undersöka* annans hälsotillstånd eller *behandla* någon annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva någon åtgärd i förebyggande, botande eller lindrande syfte.

I förarbetena angavs att endast sådan verksamhet som bedrevs i förvärvssyfte borde omfattas av inskränkningarna. Till exempel släktingar och vänners ömsesidiga hjälp vid sjukdom och olycksfall borde inte omfattas av lagen. Hjälp som gavs i akuta situationer skulle också, på allmänna grunder, vara undantagna från lagens tillämpningsområde.

I förarbetena anges närmare vad som avses med undersökning respektive behandling. I fråga om undersökningar av hälsotillstånd borde enligt propositionen en utredning som inskränker sig till en utfrågning av den hjälpsökande inte betecknas som en undersökning (a. prop. s. 187). När det gäller behandling var syftet med åtgärden avgörande. Därför ansågs även helt otjänliga åtgärder eller föreskrifter vara behandling om syftet var att verka förebyggande, botande eller lindrande. Däremot kunde enligt förarbetena inte allmänna hälsoråd utan samband med någon konkret eller befarad sjukdom anses utgöra behandling i lagens mening. Med tillstånd som är jämförligt med sjukdom avsågs enligt förarbetena normala men besvärande förändringar i samband med graviditet, fysiologiska åldersförändringar etc. (a. prop. s. 187).

Från lagens tillämpningsområde undantogs den som hade behörighet att utöva läkaryrket eller som i sin hälso- eller sjukvårdande verksamhet var underställd Socialstyrelsens tillsyn.

Förbudsbestämmelser

Enligt 1960-års lag gällde förbudet för lekmän att

- behandla vissa smittsamma sjukdomar,
- behandla av kräfta och andra elakartade svulster, sockersjuka, epilepsi eller sjukligt tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning,
- undersöka och behandla barn under åtta år,
- lämna skriftliga råd eller anvisningar för behandling av någon utan att ha genomfört en personlig undersökning av densamme samt
- utprova och tillhandahålla kontaktlinser.

Förbudet för lekman att utöva verksamhet gällde också att mot ersättning utföra undersökning eller behandling genom att vidta eller föreskriva åtgärd för sjukdom eller jämförligt tillstånd under allmän bedövning eller lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel eller hypnos. Vidare var det enligt lagen förbjudet att i dessa sammanhang behandla annan med användande av radiologiska metoder.

Ansvarsbestämmelser

I lagen fanns i övrigt en erinran om att bestämmelser om ansvar för den som obehörigen använde viss yrkestitel eller yrkesbeteckning fanns i den då gällande behörighetslagen.

Den som bröt mot förbuden i lagen kunde dömas till *hälsofarligt kvacksalveri* till böter eller fängelse i högst ett år. Det bör nämnas att då, som nu, kunde även annan lagstiftning bli tillämplig i fråga om hälsofarlig verksamhet. Verksamheten kan exempelvis utgöra brott mot person och vara straffbar enligt olika bestämmelser i brottsbalken. Brister i utbildning och erfarenhet fritog (och fritar) inte från ansvar.

Socialstyrelsen kunde vidare enligt 1960-års lag förbjuda någon som dömts för hälsofarligt kvacksalveri att under viss tid eller för all framtid utföra sådan undersökning eller behandling som omfattas av lagen. Ett sådant förbud gällde med omedelbar verkan, om inte annat hade förordnats. Den som bröt mot ett sådant förbud kunde dömas för hälsofarligt kvacksalveri.

I den ursprungliga lagen fanns även ett förbud mot verksamhet som utövades under kringresande från ort till annan eller som utövades av utländsk medborgare. Detta förbud upphävdes genom en lagändring år 1992.

3.1.2 Alternativmedicinkommitténs lagförslag

I december 1984 tillsatte regeringen en kommitté – som antog namnet alternativmedicinkommittén – med uppdrag att utreda frågor som rörde den alternativa medicinens ställning i samhället. Kommitténs arbete slutredovisades i augusti 1989 och utmynnade i fyra betänkanden – ett betänkande benämnt Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén (SOU 1989:60) samt till detta tre bilagda betänkanden: Hälsohem (SOU 1989:61), Alternativa terapier i Sverige (SOU 1989:62) samt Värdering av alternativ medicinska teknologier (SOU 1989:63).

I det följande görs en relativt utförlig redovisning av alternativmedicin kommitténs lagförslag i huvudbetänkandet, eftersom delar av detta förslag är relevant för den föreliggande utredningen.

Utgångspunkterna för lagförslaget

I det nämnda huvudbetänkandet lämnade kommittén förslag till en lag om alternativmedicinsk verksamhet m.m., vilken avsågs ersätta 1960-års lag. Kommittén framhöll att lagförslaget innehöll flera nyheter i förhållande till denna lag. Förslaget gav uttryck för uppfattningen att staten borde hålla sig neutral när det gäller den enskildes val mellan den etablerade och den alternativa medicinen. Patienterna skulle enligt kommittén som regel ha möjlighet att välja den behandling m.m. som han eller hon önskar och som denne tror på, även om denna ännu inte visats ha sådant värde att den godtagits i hälso- och sjukvården. Kommittén framhöll som sin uppfattning att det inte kan vara en statlig uppgift att försvåra eller förhindra den alternativ medicinska verksamheten i vidare mån än att uppenbara hälsorisker så långt det är praktiskt möjligt förebyggs. Frågan var i stället när det mer konkret fanns anledning för staten att ingripa mot en alternativmedicinsk behandling som den enskilde själv önskar få utförd. Kommittén ansåg att även om be-

handling var överksam, borde principen om människors rätt att fritt välja behandling respekteras.

Kommittén intog således en i grunden positiv hållning till den alternativmedicinska verksamheten. Samtidigt konstaterade kommittén att statens övergripande ansvar för den enskildes säkerhet motiverade att den alternativmedicinska verksamheten inte lämnades helt oreglerad. Enligt kommittén borde det därför eftersträvas att sådan verksamhet i princip endast bedrevs av dem som hade en viss kompetens, i lagförslaget benämnt medicinsk basutbildning. Enligt lagförslaget skulle det införas bestämmelser om frivillig registrering för yrkesutövare med sådan kompetens. Den närmare innebörden av denna bestämmelse redovisas nedan. Kommittén framhöll att det inte föreskrevs något principiellt förbud att bedriva verksamhet utan den angivna basutbildningen. I lagförslaget hade dock upptagits ett fåtal regler som begränsade möjligheterna för envar att utöva viss verksamhet på området.

Närmare om lagförslaget

Tillämpningsområdet

I den föreslagna lagen fastslogs till att börja med att den skulle vara tillämplig på den som utövade alternativ medicinsk verksamhet och som *inte* omfattades av den då gällande tillsynslagen. Med alternativmedicinsk verksamhet avsågs vidare enligt lagförslaget sådana åtgärder som syftade till att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador och som inte hade godtagits i hälso- och sjukvården.

Utbildning och registrering m.m.

Som nämnts ovan ansåg alternativmedicinkommittén att man borde sträva efter att all alternativmedicinsk verksamhet som utövades mot ersättning endast bedrevs av dem som har en viss adekvat utbildning. I syfte att stimulera en sådan utveckling föreslog kommittén en bestämmelse som innebar att den som genomgått en av Socialstyrelsen godkänd medicinsk basutbildning, efter ansökan kunde registreras som alternativmedicinsk yrkesutövare. Även den som kunde visa att han eller hon på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens fick registrera sig. Den som blivit registrerad

hade rätt att i sin marknadsföring använda beteckningen registrerad alternativmedicinsk yrkesutövare.

Den medicinska basutbildning som kommittén föreslog syftade till att ge behandlarna sådan kompetens som de behövde för att kunna göra en allmän bedömning av patientens hälsotillstånd och vid behov hänvisa denne till hälso- och sjukvården. Enligt förslaget skulle Socialstyrelsen få i uppdrag att fastställa kriterier för basutbildningen och pröva utövarnas kompetens. Kommittén angav att det i tidsomfång torde krävas en utbildning som motsvarar omkring 40 poäng i den statliga högskoleutbildningen.

Utöver denna utbildning, ansåg kommittén att det behövdes ytterligare kompetens i fråga om den specifika behandlingsmetod som utövades. Enligt kommitténs mening kunde dock yrkesutövarens kompetens inom detta område inte bli föremål för någon offentlig kontroll. Detta fick i stället bli en sak för branschen, exempelvis genom intern auktorisation.

I betänkandet diskuterade kommittén olika alternativ när det gällde vilken myndighet som skulle ansvara för registret över alternativmedicinska utövare. Kommittén bedömde det som möjligt att många människor skulle uppfatta registreringen som likvärdig med ett godkännande eller en sorts legitimation, varför registrering hos länsstyrelse eller Konsumentverket övervägdes i stället för Socialstyrelsen. Eftersom alternativmedicin syftar till att behandla människor ansågs det dock ligga mer nära till hands att välja Socialstyrelsen och styrelsen förordades därför.

Till registreringen fanns även knutet en form av skydd av yrkestitel. Enligt lagförslaget fick nämligen ingen obehörigen ge sig ut för att vara registrerad alternativmedicinsk yrkesutövare i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Den som bröt mot denna bestämmelse kunde ådömas ett bötesstraff.

Begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder

Alternativmedicinkommitténs lagförslag innehöll också vissa nyheter när det gällde bestämmelserna om behandlingsförbud i förhållande till 1960-års lag. Till att börja med innehöll den föreslagna lagen inte någon uppräknning av vilka sjukdomar och metoder som undantogs från verksamhet som omfattades av lagen. I stället var det regeringen eller, efter regeringens bemyndigande,

Socialstyrelsen som till skydd för enskilda fick föreskriva att den som mot ersättning utövade verksamhet på hälso- och sjukvårdens område inte fick behandla vissa sjukdomar använda vissa metoder.

Även om lagförslaget inte angav vilka sjukdomar och metoder som var förbjudna inom alternativmedicinsk verksamhet, lämnade kommittén i betänkandet förslag till vilka sjukdomar och metoder som borde undantas.

Den mest betydelsefulla förändringen i lagförslaget berörde dock barn. Enligt förslaget skulle det generella förbudet att (mot ersättning) undersöka och behandla barn höjas till 15 år. Det föreslogs dock samtidigt att den som var registrerad yrkesutövare – och därmed hade genomgått basmedicinsk utbildning eller motsvarande – skulle få undersöka och behandla barn över tre år. Detta gällde under förutsättning att barnet hade regelbunden läkarkontakt och att läkaren hade vetskap om den alternativmedicinska undersökningen eller behandlingen. Barnet eller vårdnadshavaren fick inte uppmanas att avstå från den behandling som läkare hade ordinerat.

Kommittén föreslog vidare att de då gällande förbuden mot kringresande verksamhet och s.k. brevkvacksalveri skulle upphävas, något som genomfördes några år senare.

Tillsyn m.m.

Enligt lagförslaget skulle Socialstyrelsen ha ansvaret för tillsynen över efterlevandet av lagen samt föreskrifter och villkor som meddelats med stöd av lagen. Regeringen, eller efter bemyndigande, Socialstyrelsen fick meddela ytterligare föreskrifter enligt lagen.

Den som bröt mot bestämmelserna i lagen rörande inskränkningar i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område kunde dömas till böter. Enligt kommittén hade dock det straffbelagda området här givits en betydligt snävare omfattning än gällande rätt. Enligt kommitténs mening borde det skydd för farlig verksamhet som ges i 3 kap. 8 och 9 §§ brottsbalken vara tillräckligt.

Finansiering

När det gäller de ekonomiska aspekterna föreslog kommittén att registreringen skulle avgiftsbeläggas för att finansiera bl.a. registreringsverksamheten. Ersättning från den allmänna försäkringskassan

skulle enligt förslaget inte utgå för behandling hos alternativmedicinska utövare.

3.1.3 Den fortsatta behandlingen av alternativmedicinkommitténs förslag

Remissynpunkterna

Under hösten 1989 sändes alternativmedicinkommitténs huvudbetänkande ut på remiss. För en redovisning av dessa synpunkter hänvisas till betänkandet av 1994 års behörighetskommitté (SOU 1996:138 – se vidare nedan om detta betänkande). I fråga om förslaget till register över utövare av alternativmedicin kan nämnas att den föreslagna medicinska basutbildningen i allmänhet ansågs som någonting positivt som var ägnat att öka säkerheten i verksamheten. Ett mycket stort antal av remissinstanserna påpekade dock att en ettårig utbildning var alltför kort för att kunna utgöra underlag för medicinska bedömningar. *Svenska läkaresällskapet* ställde sig principiellt positivt till kvalitetshöjande undervisningsinsatser, men ansåg att utbildningen var inadekvat i den meningen att riskerna inte nämnvärt kunde förväntas minska. I förening med orealistisk uppfattning om den egna kunskapsnivån kunde effekten i själva verket bli den motsatta, ansåg sällskapet.

Flera instanser var positiva till en registrering eftersom denna kunde underlätta tillsyn och kontroll av verksamheten. Många ställde sig dock tveksamma till eller, som t.ex. *Socialstyrelsen* och *HSAN*, avvisande till en registrering. Anledningen till det var att en registrering av allmänheten skulle kunna tolkas som en slags kvalitetsgaranti från samhällets sida och i vissa sammanhang förväxlas med legitimation. Flera instanser hade mot denna bakgrund föreslagit att ett eventuellt registreringsförfarande borde ankomma på en annan myndighet än Socialstyrelsen, exempelvis Konsumentverket. *Malmöhus landsting*, som var tveksam till en registrering, påpekade att ett registreringsförfarande i vart fall förutsatte möjligheter till en avregistrering.

Den blandade kritik som kom fram ledde till att regeringen inte gick vidare med alternativmedicinkommitténs lagförslag. Frågan bereddes i stället vidare av 1994 års behörighetskommitté.

1994 års behörighetskommittés förslag rörande alternativmedicin

I januari 1994 beslutade regeringen att tillsätta en parlamentarisk kommitté. Denna kommitté, som antog namnet 1994 års behörighetskommitté, hade i uppgift att göra en samlad översyn av principerna för legitimation och behörighet och mot bakgrund av översynen lämna förslag bl.a. i frågan om legitimationen och behörighetsföreskrifter för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och närliggande områden. Översynen kom även att omfatta 1960-års lag. Som nämnts behandlades alternativmedicinkommitténs förslag inom ramen för denna översyn. I detta avsnitt berörs endast behörighetskommitténs förslag i fråga om alternativmedicin.

1994 års behörighetskommitté slutredovisade sitt uppdrag i september 1996 med betänkandet Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m. (SOU 1996:138).

Begränsningarna i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder

Behörighetskommittén gick inte på alternativmedicinkommitténs linje i fråga om begränsningarna att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder. Behörighetskommitténs förslag innebar att bestämmelserna i 1960-års lag, i huvudsak överfördes till den föreslagna och numera gällande lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS.

Kommittén anförde att den sammanfattningsvis ansåg att 1960-års lag i sin dåvarande utformning hade spelat ut sin roll. I stället borde de begränsningar i utövandet av hälso- och sjukvårdande yrkesverksamhet i vid mening som är nödvändiga för patientsäkerheten kunna rymmas i en reformerad behörighetslagstiftning.

De förändringar som kommittén föreslog i förhållande till den då gällande 1960-års lag innebar i huvudsak att

- grundkriteriet för lagens tillämpning – ”mot ersättning” undersöka m.m. ersattes av ”den som yrkesmässigt undersöker...”,
- gränsen för behandling av barn skulle höjas från 8 år till 15 år,
- förbudet mot att lämna skriftliga råd utan föregående personlig undersökning skulle tas bort samt

- ett förbud mot att tillhandahålla optisk synhjälpmedel till barn under åtta år utan föregående anvisning skulle införas.

Frågan om ytterligare reglering av alternativmedicinen

I ett avsnitt i betänkandet analyserade behörighetskommittén frågan om den alternativmedicinska verksamheten borde regleras ytterligare genom t.ex. kontroll och registrering såsom alternativmedicinkommittén hade föreslagit.

Behörighetskommittén framförde följande uppfattning i denna fråga:

Kommitténs utgångspunkt är att i stort sett varje form av kompletterande reglering i grunden kommer att utgöra någon form av garanti från samhällets sida. Garantin kan bl.a. avse utbildning, personlig lämplighet eller kontroll över verksamheten. När det gäller alternativmedicinsk verksamhet är det kommitténs uppfattning att staten inte bör lämna några egentliga garantier. Självfallet bör dock samhället även fortsättningsvis ha möjlighet att ingripa mot hälsovådlig verksamhet inom alternativmedicinen.

Kommitténs ställningstagande mot en samhällsgaranti beträffande personer verksamma inom alternativmedicin innebär självfallet inte att det saknas anledning att uppställa vissa grundläggande krav på dessa yrkesutövare. Tvärtom finns det flera viktiga kompetenskrav som det är önskvärt att dessa yrkesgrupper svarar upp mot. Ett sådant krav är att yrkesutövaren har förmåga att bedöma vilka sjukdomar och tillstånd han kan och får behandla, respektive vilka vårdsökande som bör rekommenderas att anlita läkare eller annan personal inom hälso- och sjukvården. Många frågor rörande utbildning, kontroll av kunskap och lämplighet bör emellertid kunna skötas av branschorganisationer och på liknande sätt.

Behörighetskommittén hänvisade som exempel på sådan självreglering/egenkontroll inom alternativmedicin till organisationen KAM:s auktorisationsverksamhet där det uppställs krav på viss utbildning; medlemmar som missköter sig kan vidare bli deauktorisera och eventuellt uteslutas ur förbundet. Kommittén ansåg att genom denna och liknande verksamhet kan olika branschorganisationer sörja för en sanering och utmönstring av olämpliga yrkesutövare.

Behörighetskommittén lämnade följaktligen inget förslag om kontroll och registrering liknande det som alternativmedicinkom-

mittén gjort, utan förslagen i fråga om alternativmedicin rörde endast de ovan berörda behandlingsförbuderna i 1960-års lag.

3.2 Den gällande regleringen inom alternativ- och komplementärmedicinen

3.2.1 Utgångspunkterna för denna reglering

Allmänt

Som nämnts tidigare är utgångspunkten att det är tillåtet för var och en att oavsett kompetens vara verksam på hälso- och sjukvårdens område. I samband därmed kan såväl etablerade som s.k. alternativa behandlingsmetoder användas.

Näringsfriheten är dock, på liknande sätt som tidigare, kringgärdad med vissa begränsningar. Dessa begränsningar återfinns numera i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet (LYHS), som trädde i kraft den 1 januari 1999. För den yrkesutövare som är hälso- och sjukvårdspersonal finns andra begränsningar, främst i 2 kap. LYHS. Begränsningarna för denna personal redovisas i avsnittet om hälso- och sjukvårdens ansvar och skyldigheter (3.3.4).

De nu gällande bestämmelserna i LYHS, som finns intagna i lagens 4 kapitel, motsvarar i allt väsentligt de tidigare gällande i 1960-års lag. Förarbetena till 1960-års lag (prop. 1960 nr. 141) samt även den praxis som utvecklats i enlighet med dessa bestämmelser kan således fortfarande ha betydelse inom detta område.

Den principiella synen på alternativmedicin i förarbetena till LYHS

Även om bestämmelserna i 1960-års lag i huvudsak bibehölls i den nu gällande LYHS, lyfte dock regeringen i förslaget till den nya lagen (prop. 1997/98:109) fram sin principiella syn på, som det benämns där, alternativmedicinen. Riksdagen har ställt sig bakom vad som anfördes i propositionen (bet 1997/98:SoU22, rskr 1997/98:290).

I propositionen anförde regeringen följande om alternativmedicin:

Patientsäkerheten är en väsentlig utgångspunkt vid regeringens ställningstaganden. Skyddet för patienten måste emellertid vägas mot bl.a. närings- och yrkesfriheten. Dessa rättigheter har ett starkt och numera grundlagsreglerat skydd. Inskränkningar i rättigheterna får dock ske om väsentliga allmänna intressen kräver det. Ett sådant intresse är hälso- och sjukvården.

En annan väsentlig utgångspunkt är den enskildes frihet att välja behandlingsform. Det är viktigt att från samhällets sida visa respekt för människors önskan att själv välja vårdgivare och behandlingsmetod. Denna frihet måste i sin tur vägas mot intresset av att upprätthålla ett gott skydd för den enskildes säkerhet i vården.

Attityden till många s.k. alternativa behandlingsformer och metoder har förändrats under de senaste decennierna. Flera av de yrkesgrupper och behandlingsmetoder som tidigare räknades som kvacksalveri faller numera inom behörighetslagens ram. Detta gäller exempelvis logopeder, psykoterapeuter, kiropraktorer och naprapater men även en sådan verksamhet som akupunktur när den utövas av hälso- och sjukvårdspersonal.

Skador, risker och riskbeteenden inom den offentliga sjukvården har, bl.a. genom anmälningsskyldigheten i Lex Maria, i viss mån blivit kända. Här fungerar exempelvis RiskDataBasen hos Socialstyrelsen som en kunskapskälla och som en bas för forskning och utveckling. Motsvarande kunskap och faktaunderlag finns inte när det gäller alternativa vårdformer utanför den offentliga sjukvården. Forskningen om alternativmedicin har i Sverige haft en relativt begränsad omfattning.

Även om det skett en förändring när det gäller synen på alternativmedicin och vissa alternativa behandlingsmetoder gäller detta självfallet inte alla förekommande metoder och terapier. Den kompetens- och kvalitetshöjning som en del yrkesgrupper kunnat peka på omfattar heller inte alla yrkesutövare. De risker som är förknippade med alternativmedicinsk verksamhet förefaller vara mera att hänföra till den enskilde yrkesutövarens bristande kompetens än till metoderna i sig. Vid bedömningen av hur riskfyllda eller farliga de alternativmedicinska behandlingsmetoderna är, måste man emellertid också försöka att väga in den preventiva effekt som kvacksalverilagen kan ha haft. Även om det är svårt att värdera sådana effekter kan det finnas skäl att anta, att lagens förbud mot vissa behandlingsformer och behandling av vissa sjukdomar och tillstånd förhindrat spridningen av farliga metoder eller behandlingar.

Regeringens utgångspunkt är därför att det fortfarande krävs en lagstiftning som värnar om patienternas säkerhet genom att förbjuda personer som saknar erforderlig kompetens att utöva viss verksamhet. Ur rättssäkerhetssynpunkt och särskilt med beaktande av den grundlagsskyddade närings- och yrkesfriheten

intar regeringen den principiella ståndpunkten att varje väsentlig begränsning av yrkesutövningen inom hälso- och sjukvårdsområdet bör ske i lagform.” (a. prop. s. 105 f.)

I samband med riksdagens behandling av propositionen uttalade socialutskottet bl.a. följande med anledning av ett antal motioner.

Inledningsvis konstaterar utskottet att attityden till flera s.k. alternativa behandlingsmetoder, dock inte alla, har förändrats under de senaste decennierna. Kunskaper inom alternativmedicin behövs enligt utskottet både för att kunna bedöma effekter och vinster och för att utröna eventuella skador och biverkningar. Utskottet förutsätter att ansökningar om medel till forskning på området behandlas i en positiv anda. Utskottet delar inte motionärernas uppfattning om registrering m.m. av alternativmedicinska utövare hos Socialstyrelsen. Utskottet befarar att ett system som bygger på en sådan registrering skulle kräva utökade resurser utan att ge motsvarande vinst. Utskottet avstyrker motionerna So308 (mp) yrkandena. (bet 1997/98:SoU22 s. 18).

3.2.2 Närmare om den nu gällande regleringen

De nu gällande bestämmelserna om begränsningarna i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder återfinns i 4 kap. LYHS. Detta kapitel omfattar endast 3 paragrafer. Ytterligare kompletterande bestämmelser rörande bl.a. straffansvar finns i 8 kap. i lagen. I 8 kap. regleras även förbudet för annan än en tandläkare att utöva tandläkaryrket (4 §).

Tillämpningsområde

I 4 kapitlet anges inledningsvis under vilka förutsättningar bestämmelserna i detta kapitel är tillämpliga (1 §). Dessa motsvarar som nämnts i sak bestämmelserna i 1960-års lag. Det anges att bestämmelserna i kapitlet gäller den som yrkesmässigt undersöker annans hälsotillstånd eller behandlar annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva åtgärder i förebyggande, botande, eller lindrande syfte. Bestämmelserna gäller dock inte den som enligt 1 kap. 4 § LYHS tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. (1 §).

I förarbetena till lagen uttalade regeringen att den inte hade funnit skäl att definiera vilka åtgärder som är förbjudna på annat sätt än vad som skedde i den då gällande 1960-års lag. Något krav på att den behandlade verkligen lider av den sjukdom som behandlingen riktas mot uppställs inte. Liksom enligt 1960-års lag faller exempelvis allmänna hälsoråd som lämnas utan någon anknytning till sjukdom utanför lagens tillämpningsområde. Regeringen tillade även att med den angivna definitionen faller även verksamheter såsom exempelvis tatuering utanför det reglerade området (a. prop. s. 106).

Som framgått har, i enlighet med 1994 års behörighetskommittés förslag, grundkriteriet för lagens tillämpning, ”mot ersättning” bytts ut mot ”den som yrkesmässigt undersöker...” Regeringen anförde att vid bedömningen av om en verksamhet sker yrkesmässigt torde uttagande av ersättning kunna vara ett viktigt kriterium. Ett annat kriterium kan vara verksamhetens omfattning, dvs. att undersökning eller behandling inte skett vid bara ett enstaka tillfälle utan i något större omfattning (a. prop. s. 107).

Bestämmelserna i 4 kap. är som framgår i övrigt inte tillämplig på hälso- och sjukvårdspersonal. Med andra ord är dessa bestämmelser avgränsade till att vara tillämpliga enbart på dem som *inte* är att anse som hälso- och sjukvårdspersonal. I sammanhanget bör också nämnas att aktuella bestämmelser i 4 kapitlet inte heller är tillämpliga på en delegitimerad läkare. En delegitimerad läkare är enligt ansvarsbestämmelserna i 8 kap. (3 §) direkt förhindrad att utöva läkaryrket. Förbudet att utöva tandläkarverksamhet regleras inte heller av 4 kap, utan det framgår som nämnts av 8 kap. 3 § och 3 kap. 4 § LYHS.

Vilka som är att anse som hälso- och sjukvårdspersonal framgår av 1 kap. 4 § LYHS. Sådan personal omfattas i sitt arbete av de särskilda bestämmelserna i 2 kap. LYHS om denna personals skyldigheter och ansvar. Det kan redan här nämnas att hälso- och sjukvårdspersonalen genom dessa bestämmelser har mycket begränsade möjligheter att utöva alternativ- eller komplementärmedicin. Regelverket kring denna personals skyldigheter och ansvar redogörs närmare för i avsnitt 3.3.4.

Förbudsbestämmelserna

De allmänna bestämmelserna

I 4 kap. återfinns också materiella bestämmelser som förbjuder annan än hälso- och sjukvårdspersonal att utföra vissa åtgärder på hälso- och sjukvårdens område. I förarbetena diskuterades möjligheterna att förändra dessa bestämmelser mot bakgrund av att olika remissinstanser framfört att det förbjudna området såväl borde begränsas som utökas. Regeringen konstaterade att de sjukdomar som får behandlas och de undersökningsmetoder som får utföras endast av hälso- och sjukvårdspersonal generellt kan sägas vara ytterst begränsade. Regeringen ansåg att det var tveksamt om det utan risk för patientsäkerheten är möjligt att ytterligare begränsa det förbjudna området. Någon ytterligare begränsning på detta område föreslogs därför inte. Regeringen ansåg inte heller att förbudet att utan personlig undersökning av den som sökt honom eller henne lämna skriftliga råd eller anvisningar för behandling, skulle slopas såsom 1994 års behörighetskommitté hade föreslagit. Regeringen ansåg att en personlig undersökning och ett personligt sammanträffande alltid skulle krävas.

Förbudsbestämmelserna är numera angivna i fem olika punkter. Där föreskrivs att behandling av vissa sjukdomar och utförande av vissa behandlingsmetoder är förbjudna att utföra för den som inte är hälso- och sjukvårdspersonal. Närmare innebär dessa att den som utövar verksamhet som omfattas av 4 kap. 1 § *inte får*

- behandla sådana smittsamma sjukdomar som enligt smittskyddslagen (2004:168) är anmälningspliktiga sjukdomar,
- behandla cancer och andra elakartade svulster, diabetes, epilepsi eller sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning,
- undersöka eller behandla annan under allmän bedövning eller under lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel eller under hypnos,
- behandla annan med användande av radiologiska metoder,
- utan personlig undersökning av den som sökt honom eller henne lämna skriftliga råd eller anvisningar för behandling, eller prova ut eller tillhandahålla kontaktlinser.

De särskilda bestämmelserna rörande barn

Under remissbehandlingen av behörighetskommitténs förslag framkom olika synpunkter på en eventuell åldersgräns för att få behandla och undersöka barn. Bland remissinstanserna fanns förespråkare för en gräns vid 8, 15 respektive 18 år, liksom önskemål om ett totalt slopande av åldersgränsen.

Regeringen framhöll att omsorgen om patienternas säkerhet måste anses väga särskilt tungt när det gäller barn. Små barn saknar i regel förmåga att välja mellan behandlingsmetoder och själva ta ansvar för en behandling. Vidare konstaterade regeringen att åttaårsgränsen enligt 1960-års lag valdes eftersom barnet då hade börjat skolan och kommit under regelbunden läkarundersökning och kontroll. Sammantaget ansåg regeringen att omsorgen om barnens bästa talade för att den nuvarande åttaårsgränsen måste bibehållas.

I likhet med 1960-års lag föreskrivs därför ett generellt förbud för den som utövar verksamhet som omfattas av 4 kap. 1 § att behandla eller undersöka barn under åtta år (3 §).

Ansvarsbestämmelser m.m.*Straffansvar*

Som nämnts inledningsvis kompletteras bestämmelserna i 4 kap. LYHS av vissa ansvarsbestämmelser i 8 kap. denna lag. Dessa motsvarar bestämmelserna i 1960-års lag. I likhet med denna lag anges i LYHS att den som bryter mot någon av bestämmelserna i 4 kap. eller som under utövning av verksamhet som sägs i 4 kap. uppsåtligen eller av oaktsamhet tillfogar den undersökte eller behandlade skada, som inte är ringa, eller framkallar fara för sådan skada, döms till böter eller fängelse i högst ett år. Detta gäller oavsett om skadan eller faran orsakats av olämplig behandling eller genom avbrott i eller dröjsmål med läkarvård (6 § första stycket). Vidare anges att brist i utbildning och erfarenhet inte befriar personen i fråga ansvar (6 § andra stycket).

Det bör här påpekas att det finns särskilda straffbestämmelser angående obehörigt utövande av läkar- respektive tandläkaryrket (3 och 4 §§) Dessa bestämmelser har företräde framför 6 §, om förutsättningar föreligger att tillämpa någondera av dessa bestämmelser.

Vidare har annan lag företrädare framför samtliga nu nämnda bestämmelser (3–6 §§), om den aktuella gärningen är belagd med strängare straff i den lagen (8 kap. 7 §). Flera av de förfaranden som beskrivits, kan nämligen även vara straffbelagda enligt främst brottsbalkens bestämmelser (närmast bestämmelserna i tredje och fjärde kapitlet). Om strängare straff föreskrivs i t.ex. brottsbalken än i LYHS, ska således den förstnämnda lagen tillämpas i en konkurrens situation mellan lagarna.

Vitesföreläggande m.m.

Förutom att straffansvar kan ådömas vid brott mot bestämmelserna i 4 kap. LYHS, kan Socialstyrelsen dessutom under vissa förutsättningar meddela förbud att under viss tid eller för alltid utöva verksamhet som anges i 4 kapitlet (8 kap. 8 §). Ett sådant förbud får förenas med vite. Styrelsen får meddela sådant förbud och vite om någon genom dom som vunnit laga kraft befunnits skyldig till brott som anges i 8 kap. 6 §.

Möjligheten att meddela förbud motsvaras av den tidigare bestämmelsen i 1960-års lag, medan möjligheten att meddela vite infördes i LYHS.

Socialstyrelsen beslut om förbud och vite gäller omedelbart, om inte annat anges i beslutet (8 kap. 15 §). Ett sådant beslut får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

3.3 Regleringen av hälso- och sjukvården och dess personal – en översiktlig beskrivning

3.3.1 Hälso- och sjukvårdslagen

De grundläggande bestämmelserna och målen för hur hälso- och sjukvården ska vara utformad i Sverige återfinns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). Dessa bestämmelser riktar sig främst till sjukvårdshuvudmännen. I lagen anges de övergripande målen för hälso- och sjukvården och vilka krav som kan ställas på vården. Bestämmelserna i 1–2 e §§ och 27–33 §§ gäller all hälso- och sjukvård, både offentlig och enskild. I övrigt reglerar HSL kraven på den offentliga hälso- och sjukvårdens verksamhet.

I lagen anges att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Med god vård menas bl.a. att

vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen (2 a § 1).

För att uppnå målet om en god vård ställer samhället olika krav på hälso- och sjukvården. Det gäller såväl krav på hälso- och sjukvårdens organisation och dess verksamhet som på hälso- och sjukvårdens kompetens. Samhället använder sig av flera styrmedel för detta ändamål. De viktigare av dessa styrmedel är de som rör ekonomi, lagstiftning och kvalitetssäkring av utbildningen för personalen inom hälso- och sjukvården.

Personalen har naturligtvis en nyckelfunktion i uppfyllande av målen inom vården. Samhället har därför i särskild lagstiftning närmare bestämt under vilka former hälso- och sjukvården ska bedrivas av den som är yrkesverksam inom vården. De grundläggande bestämmelserna om detta återfinns numera i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). I LYHS finns detaljerade bestämmelser om kraven på hälso- och sjukvårdspersonalen.

3.3.2 Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Regleringen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdsområdet finns alltså numera sedan år 1999 i en sammanhållande lag – lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Förarbetena till denna lag är främst prop. 1997/98:109, 1997/98:SoU22 och rskr. 1997/98:290.

Denna lag innebar att det, utöver den översyn som gjordes av lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m (behörighetslagen, skedde en samordning med flera lagar, nämligen *åliggandelagen*, dvs. lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården, *disciplinpåföljdslagen*, dvs. lagen (1994:954) om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område, *tillsynslagen*, dvs. lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården och *1960-års lag*, dvs. lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Vissa av de nämnda lagarna har i huvudsak överförts oförändrade till LYHS och motsvaras där av bestämmelser som uppdelats i 8 olika kapitel.

Alternativ- och komplementärmedicin anses inte vara hälso- och sjukvård enligt LYHS och HSL

I det inledande kapitlet i LYHS anges vad som avses med hälso- och sjukvård, med vårdgivare samt hälso- och sjukvårdspersonal enligt denna lag (1 kap. 2–4 §§).

När det gäller definitionen av hälso- och sjukvård görs en hänvisning till HSL. Det framhålls dock i förarbetena till lagen att den hänvisningen inte innebär att HSL blir tillämplig på alla personer som vidtar hälso- och sjukvårdande åtgärder. HSL riktar sig främst till sjukvårdshuvudmännen. Vidare anges att det t.ex. inte är så att HSL:s allmänna regler om kraven på hälso- och sjukvården genom hänvisningen i LYHS blir tillämpliga på alternativmedicinska yrkesutövare (prop. 1997/98:109 s. 148). Dessutom uttalas i förarbetena att det av definitionen av hälso- och sjukvård i LYHS framgår att ”kvacksalveriverksamhet inte utgör hälso- och sjukvård och således inte heller kan omfattas av Socialstyrelsens tillsyn annat än i det begränsade avseende som anges i 8 kap. 8 §. Definitionen av hälso- och sjukvård utesluter vidare att den som bedriver kvacksalveriverksamhet ska kunna anses vara vårdgivare enligt definitionen i 1 kap. 3 §” (a. prop. s. 167).

3.3.3 Vilka tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen?

Som framgått av den tidigare redovisningen i detta kapitel avgränsas tillämpningsområdet för 4 kap. LYHS mot dem som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen enligt lagen. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har också som tidigare nämnts begränsade möjligheter att utöva alternativmedicin. Mot denna bakgrund är det naturligtvis av intresse att närmare redogöra för vilka som tillhör denna personal. Följande yrkesutövare hör f.n. till hälso- och sjukvårdspersonalen (1 kap. 4 § LYHS).

Den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården

Enligt LYHS avses med hälso- och sjukvårdspersonal till att börja med den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården (punkten 1). Vilka yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som har legitimation framgår av 3 kap. 2 §.

För närvarande omfattar legitimationsreglerna 17 yrkesgrupper. Dessa är apotekare, arbetsterapeut, barnmorska, kiropraktor, logoped, läkare, naprapat, optiker, psykolog, psykoterapeut, receptarie, röntgensjuksköterska, sjukgymnast, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist samt tandläkare. Enligt en nyligen upprättad promemoria inom Socialdepartementet Legitimation och skyddad yrkestitel (Ds 2004:28) föreslås dock att ytterligare 4 yrkesgrupper – audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer – ska erhålla legitimation (se vidare nedan om dessa gruppers nuvarande status). Förslaget bereds f.n. inom Regeringskansliet.

LYHS bestämmelser gäller all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal oberoende av om de arbetar i offentlig eller privat regi. Det kan tilläggas att en legitimerad yrkesutövare omfattas av regleringen i LYHS i alla situationer – i och utom tjänsten – när yrket på något sätt utövas.

Den som använder en skyddad yrkestitel för yrke inom hälso- och sjukvården

Till hälso- och sjukvårdspersonalen hör även den som med stöd av LYHS (3 kap. 6 §) använder en skyddad yrkestitel för yrke inom hälso- och sjukvården (punkten 1). Denna bestämmelse var en nyhet i och med LYHS och har inte sin motsvarighet i den tidigare lagstiftningen. Bestämmelsen gäller de som genom sin högskoleexamen har rätt att använda en i LYHS angiven yrkestitel. Dessa är audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer.

Som framgår av ordalydelsen gäller bestämmelsen när nämnda yrkesverksamma ”använder” yrkestiteln. Detta kan ske genom skyltning och annonsering m.m. och att yrkesutövaren därigenom presenterar sig för allmänheten med sin yrkestitel. Om yrkesutövaren i sin verksamhet väljer att inte nyttja möjligheten att använda sig av yrkestiteln är denne inte att anse som hälso- och sjukvårdspersonal och omfattas inte heller av Socialstyrelsens tillsyn.

Som nämnts föreslås det i promemorian Legitimation och skyddad yrkestitel (Ds 2004:28) att nu aktuella yrkesutövare ska erhålla legitimation.

Personal verksam vid sjukhus m.m. och som medverkar i hälso- och sjukvården

Vidare hör till hälso- och sjukvårdspersonalen de yrkesutövare som är verksamma vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter (punkten 2).

Genom denna bestämmelse faller inom lagens tillämpningsområde även personal som inte legitimerad eller som inte är anställd, men i egenskap av uppdragstagare medverkar i hälso- och sjukvård av patienter. Utanför denna punkt faller personal som inte har något direkt samband med vården, t.ex. städpersonal.

Den som i annat fall biträder en legitimerad yrkesutövare

Den som i annat fall vid hälso- och sjukvård biträder en legitimerad yrkesutövare är också att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal (punkten 3).

Apotekspersonal och personal vid larmcentraler, m.m.

Slutligen hör till hälso- och sjukvårdspersonalen de som arbetar på apotek eller annan liknande detaljhandel, om de inte redan till följd av legitimation eller andra fall i punkterna 1–3 omfattas av bestämmelserna (punkten 5). Vidare hör till denna grupp personal vid larmcentral som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande (punkten 6).

Regeringen har vidare givits möjlighet att föreskriva att ytterligare yrkesutövare ska tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen och därmed omfattas av LYHS (punkten 7).

Slutligen hör till hälso- och sjukvårdspersonalen även de EU-medborgare som har rätt att utan legitimation utföra hälso- och sjukvårdstjänster vid tillfälliga besök i Sverige.

3.3.4 Hälso- och sjukvårdspersonalens grundläggande skyldigheter

I 2 kap. LYHS anges de grundläggande skyldigheterna för personalen. Dessa motsvarar de tidigare bestämmelserna i åliggandelagen. I LYHS fastslås uttryckligen att de som tillhör hälso- och

sjukvårdspersonalen arbetar under eget yrkesansvar. Det personliga yrkesansvaret innebär att yrkesutövaren själv har ett ansvar för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter (5 § jfr även 6 §).

Ett grundläggande krav som ställs på yrkesutövarna är att de ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vad det innebär kommer jag att närmare utveckla nedan. En patient ska vidare ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och denne ska visas omtanke och respekt (1 §).

I personalens grundläggande skyldigheter ingår också att se till att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som finns (2 §). Om patienten avlidit ska personalen fullgöra sina uppgifter med respekt för den avlidne och visa de efterlevande hänsyn och omtanke (3 §).

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska den som har ansvaret för vården av en patient medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Vidare ska den som ansvarar för vården medverka till att en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada får en förnyad medicinsk bedömning. Detta gäller i de fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet (2 a §).

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska vidare rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med omhändertagande inom hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom (7 §). Den som utfärdar intyg om någons hälsotillstånd ska utforma det med noggrannhet och omsorg (4 §). I patientjournalagen (1985:562) finns särskilda regler om bl.a. innehåll och utformning av patientjournaler och skyldigheten att utfärda intyg.

I övrigt finns vissa bestämmelser om tystnadsplikt m.m. för hälso- och sjukvårdspersonal (8–11 §§).

Närmare om betydelsen av kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet

Allmänt

Som tidigare nämnts är det grundläggande kravet att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (se vidare prop. 1993/94:149 s. 63 ff och s. 118 för en närmare redogörelse vad som avses med detta begrepp). Innebörden av detta krav är att varje legitimerad yrkesutövare ska utgå från de kunskaper och det tankesätt som han eller hon har fått under utbildningen. I första hand ska yrkesutövaren, så långt det är möjligt, välja metoder som vilar på vetenskaplig grund. Det innebär med andra ord att metoderna ska vara värderade med hänsyn till för- och nackdelar och på goda grunder kunna antas ha en verklig effekt. Motsvarande gäller självfallet även övrig hälso- och sjukvårdspersonal.

Begränsningar för hälso- och sjukvårdspersonal att använda alternativa behandlingsmetoder

Den gällande regleringen i LYHS om att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet medför att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i sin yrkesutövning i princip inte ska ägna sig åt alternativa behandlingsformer. Detta har även kommit till uttryck i den praxis som gäller i ärenden om disciplinpåföljd och behörighetsfrågor inom hälso- och sjukvården (se bl.a. Regeringsrättens avgörande RÅ 1998 ref. 41 I och II).

I vissa fall då vetenskap och beprövad erfarenhet inte har något att erbjuda patienten kan det dock finnas skäl att tillmötesgå patientens önskan om annan behandling. Det ligger i sakens natur att t.ex. en läkare inte överger sin patient när möjligheterna till verksam behandling verkar vara uttömda. Även om verksam behandling saknas är det varje läkares uppgift att efter förmåga stödja patienten. Detta kan innebära att yrkesutövaren måste acceptera patientens övertygelse om en icke dokumenterad methods värde. Det finns därför ett visst utrymme för den legitimerade läkaren att i begränsad utsträckning använda icke dokumenterade metoder. En förutsättning är dock att terapin används i en omfattning och under former som kan godtas.

Det väsentliga i en sådan situation är att behandlingen sker efter

samråd med patienten, att den inte utsätter patienten för en hälso-risk och att den inte ersätter en skolmedicinsk behandling. Sådan behandling ska även dokumenteras i patientjournalen för att det ska vara möjligt att följa upp och utvärdera effekten av given behandling.

Enligt Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds praxis har således följande förbehåll ställts upp för att legitimerad vårdpersonal ska få använda sig av AKM:

- *Behandlingen ska ske på patientens initiativ – yrkesutövaren får inte övertyga eller övertala patienten att genomgå en viss alternativmedicinsk behandling eller inta naturläkemedel.*
- *Man ska ha provat och uttömt etablerade metoder. Verksam behandling mot sjukdomar ska saknas.*
- *Den tänkta behandlingen ska bedömas som riskfri.*

Det bör tilläggas att de yrkesutövare som inte har legitimation, men som i kraft av högskoleexamen har rätt använda en skyddad yrkestitel för yrke inom hälso- och sjukvården (se 3 kap. 6 § LYHS), synes ha större möjligheter att använda alternativa behandlingsmetoder. Som redovisats ovan tillhör dessa yrkesutövare hälso- och sjukvårdspersonalen i de fall de *använder* sig av sin yrkestitel. Regeringen framhöll i förarbetena att en konsekvens av detta är att de aktuella yrkesutövarna (audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer) bör, under förutsättning att en skyddad yrkestitel *inte* används kunna ägna sig åt AKM. Detta under förutsättning att yrkesutövaren inte av annan anledning, exempelvis genom någon annan punkt (närmast punkten 2 och 3) är att anse som hälso- och sjukvårdspersonal. Regeringen tillade att en reglering av innebörd att dessa yrkesutövare aldrig skulle ha rätt att ägna sig åt alternativmedicin, var en onödigt stor inskränkning i deras närings- och yrkesfrihet (prop. 1997/98:109 s. 149–150).

För övriga grupper inom hälso- och sjukvårdspersonalen – dvs. de som inte har legitimation eller skyddad yrkestitel – gäller att de är att betrakta som sådan personal när de på olika sätt verkar inom eller i anknytning till hälso- och sjukvården. Den som t.ex. betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal när att han eller hon medverkar i hälso- och sjukvård av patienter eller i en sådan situation biträder en legitimerad yrkesutövare, är därför inte förhindrad att utöva AKM när han eller hon *inte* agerar i de nämnda situatio-

nerna inom denna vård, t.ex. på sin fritid eller efter att ha lämnat sin anställning inom hälso- och sjukvården. Detta grundas på att personen i fråga i denna situation inte är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal enligt LYHS och därmed inte omfattas av kravet i 2 kap. 1 § denna lag, dvs. att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. I och med personen i denna situation inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, står han eller hon då inte heller under Socialstyrelsens tillsyn (jfr 6 kap. 1 LYHS).

3.3.5 Behörighets- och legitimationsregleringen

Bakgrund

I syfte att garantera en viss kunskapsnivå och sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denne är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende, har det sedan lång tid tillbaka funnits en särskild reglering i fråga om behörigheten att utöva yrken inom hälso- och sjukvården. I och med den tidigare gällande behörighetslagen samlades alla bestämmelser om kompetensbevis och behörighet för hälso- och sjukvårdspersonal i en lag (se prop. 1983/84:179). Bestämmelserna i behörighetslagen har därefter som nämnts tidigare överförts, när det gäller de grundläggande principerna, till den nya lagen.

Det viktigaste kompetensbeviset inom hälso- och sjukvården är legitimationen. Legitimationens främsta ändamål är att ge allmänheten och myndigheter upplysningar om en yrkesutövares kompetens och lämplighet att utöva det yrke som legitimationen avser. För några yrken är legitimationen dessutom ett villkor för att få utöva yrket och för att få använda yrkestiteln. Legitimationen ger dessutom en ensamrätt för yrkesutövaren att för allmänheten ange att han eller hon är legitimerad.

Enligt behörighetslagen fanns det tio yrken i vilka yrkesutövare efter genomgången utbildning och praktisk tjänstgöring hade rätt att efter ansökan få legitimation för yrket, nämligen barnmorskor, optiker, logopedier, läkare, psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor, tandhygienister och tandläkare. Vidare kunde sedan 1989 kiropraktorer med viss utländsk utbildning få legitimation enligt bestämmelser i förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården, m.m. Under

1994 fick också naprapater möjlighet att efter ansökan få legitimation som naprapat. När LYHS trädde i kraft utökades yrkesgrupperna som kunde ges legitimation med arbetsterapeuter, apotekare och receptarier, sjukhusfysiker och kiropraktorer med svensk utbildning. År 2000 infördes också legitimation för yrkesgruppen röntgensjuksköterskor. Numera finns det således 17 yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som omfattas av bestämmelserna om legitimation.

Den nuvarande regleringen

I 3 kap. LYHS finns bestämmelser om legitimation, ensamrätt till yrke, skyddad yrkestitel, kompetens som Europaläkare och specialistkompetens. Socialstyrelsen är den myndighet som prövar bl.a. frågor om att meddela legitimation.

I det följande redovisas i korthet bestämmelserna om legitimation, ensamrätt till yrket och skyddad yrkestitel.

Legitimation

De närmare förutsättningarna för att erhålla legitimation anges i detta kapitel. Förutsättningarna är att personen i fråga

- har avlagt en visst angiven högskoleexamen *eller*
- har gått igenom en visst angiven utbildning *och*, i förekommande fall,
- har fullgjort föreskriven praktisk tjänstgöring.

Är dessa förutsättningar uppfyllda kan legitimation erhållas (2 §). Legitimation får dock inte meddelas om förhållandena är sådana att legitimation skulle ha återkallats enligt bestämmelserna i 5 kap. om sökanden hade varit legitimerad.

Beteckningen legitimerad får användas endast av den som har fått legitimation (3 §). Som redovisas nedan ger legitimationen i några fall dessutom en ensamrätt att utöva yrket.

Legitimation kan återkallas enligt bestämmelser i 5 kap. 7 § LYHS bl.a. om den legitimerade varit grovt oskicklig vid utövning av sitt yrke eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket eller på grund av sjukdom eller någon liknande omständighet inte kan utöva yrket tillfredsställande.

I förarbetena till LYHS diskuterades förutsättningarna för att en yrkesgrupp inom hälso- och sjukvården ska vara ett legitimationsyrke och därmed omfattas av den särskilda legitimationsregleringen. Regeringen framhöll att rätten till legitimation ska förbehållas sådana grupper av yrkesutövare som har en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården och som i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten, t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare. Regeringen betonade vidare att patientsäkerheten måste vara överordnad övriga kriterier när det gäller bedömningen av om ett yrke ska omfattas av bestämmelserna om legitimation. Övriga bestämmelser som bör tillmätas stor betydelse kan inordnas under begreppen yrkesrollens innehåll, utbildningsnivå och internationella förhållanden (se prop. 1997/98:109 s. 80–83).

Skyddad yrkestitel

Skyddad yrkestitel har enligt LYHS framför allt den som har legitimation för yrket. Detta skydd gäller dock inte för yrkena kiropraktor, naprapat och optiker (3 kap, 5 § andra stycket). I den tidigare nämnda promemoria Legitimation och skyddad yrkestitel (Ds 2004:28) föreslås dock att dessa legitimationsyrken ges en skyddad yrkestitel.

Ensamrätt att utöva yrke

I 3 kap. LYHS anges vidare att endast den som har legitimation för yrket eller som särskilt förordnats är behörig att utöva yrke som apotekare, barnmorska, läkare, receptarie och tandläkare är (4 §).

Till denna bestämmelse finns knutet straffbestämmelser i 8 kap. (3–4 §§), vilka rör utövande av läkar- respektive tandläkaryrket.

3.3.6 Socialstyrelsens tillsyn

Här ska också kort nämnas något om Socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården. Bestämmelser om denna tillsyn finns numera samlade i 6 kap. LYHS.

Socialstyrelsen utövar tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal, vilket innebär att tillsynen omfattar såväl verksam-

hetstillsyn som individtillsyn och att den gäller all hälso- och sjukvård oavsett driftsform, med undantag för den sjukvård som ges inom Försvarmakten (1 §). Tillsynen ska främst syfta till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården (3 §).

Med hälso- och sjukvård avses i det här sammanhanget samma sak som i HSL. Det innebär att tillsynen omfattar såväl de sjukdomsförebyggande åtgärderna som den direkt sjukvårdande verksamheten. Till hälso- och sjukvården räknas även tandvården.

I sammanhanget bör nämnas att regeringen i förarbetena (prop. 1997/98:109 s. 167) till LYHS framhöll att det som regeringen benämnde ”kvacksalververksamhet” inte omfattas av Socialstyrelsens tillsyn i och med att sådan verksamhet inte anses vara hälso- och sjukvård enligt definitionen i HSL och LYHS (se även avsnitt 3.3.2). Som redovisats tidigare utför dock Socialstyrelsen en viss begränsad tillsyn för denna verksamhet enligt 8 kap. 8 § LYHS. Denna reglering innebär att Socialstyrelsen – om någon genom dom som vunnit laga kraft befunnits skyldig till brott som anges i 8 kap. 6 § – får meddela förbud för en utövare att under viss tid eller för alltid utöva verksamhet som anges i 4 kapitlet.

Även när någon, i en verksamhet som inte utgör hälso- och sjukvårdsverksamhet, tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys eller annan utredning som utgör led i bedömningen av en patients hälsotillstånd eller behandling, står denna verksamhet under tillsyn av Socialstyrelsen (2 §).

I LYHS finns i övrigt bestämmelser som ålägger såväl vårdgivare som hälso- och personal att under vissa förutsättningar anmäla brister i vården till Socialstyrelsen (6 kap. 4 § respektive 2 kap. 7 §).

I sin tillsynsverksamhet har Socialstyrelsen rätt att ta del av handlingar och erhålla upplysningar i behövlig utsträckning samt göra inspektioner (6 kap. 9–11 §§).

Det finns också ett sanktionssystem gentemot den som bedriver hälso- och sjukvård (12–17 §§). Bestämmelser om åtgärder mot hälso- och sjukvårdspersonalen återfinns i 5 kap. LYHS, vilket inte närmare redogörs för i detta betänkande.

3.3.7 Straffansvar

I 8 kap. LYHS återfinns bestämmelser om straffansvar m.m. för den som bryter mot olika angivna bestämmelser i LYHS. De bestämmelser som berör AKM har jag närmare redogjort för i avsnitt 3.2.2. Övriga bestämmelser redovisas inte här närmare.

4 Övrig rättslig reglering av betydelse

4.1 Behandlingen av personuppgifter

4.1.1 Inledning

Sedan den 24 oktober 1998 regleras behandling av personuppgifter i personuppgiftslagen (1998:204). Denna lag har ersatt den tidigare gällande datalagen (1973:289). Genom personuppgiftslagen har Sverige genomfört Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter (dataskyddsdirektivet).

4.1.2 Personuppgiftslagen m.m.

Syftet med det nämnda dataskyddsdirektivet är att det ska skapas en gemensam hög nivå på integritetsskyddet, vilket i sin tur ska leda till att personuppgifter ska kunna flöda fritt mellan EU:s medlemsstater. Dessa får inom den ram som anges i direktivet närmare precisera villkoren för när behandling av personuppgifter får förekomma. Sådana preciseringar får dock inte hindra det fria flödet av personuppgifter inom unionen. Direktivet är inte tillämpligt på sådan behandling av personuppgifter som faller utanför gemenskapsrätten (exempelvis den som gäller allmän säkerhet, statens säkerhet eller statens verksamhet på straffrättens område).

Den svenska personuppgiftslagen (prop. 1997/98:44, bet. 1997/98:KU18, rskr. 1997/98:180) är dock till skillnad från dataskyddsdirektivet generellt tillämplig och omfattar även sådant som faller utanför gemenskapsrätten, i den mån det inte finns särreglering i andra författningar (jfr 2 §).

Lagen innehåller de generella regler som följer av dataskyddsdirektivet i fråga om vilka krav som ställs vid behandling av person-

uppgifter, när sådan behandling är tillåten, information till den registrerade, korrigerings av personuppgifter, säkerheten vid behandlingen m.m.

Grundläggande regler om inrättande och förande av personregister med hjälp av automatisk databehandling fanns tidigare i datalagen (1973:289). Varje sammanställning av personuppgifter med hjälp av automatisk databehandling ansågs innebära att ett personregister hade inrättats. Bara den som anmält sig till Datainspektionen och fått licens fick inrätta och föra personregister. För att få registrera känsliga personuppgifter krävdes dessutom ett särskilt tillstånd från Datainspektionen. Ett sådant tillstånd behövdes t.ex. i regel för att inrätta och föra register med uppgifter om hälsotillstånd eller sexualliv, omdömen om den registrerade eller personuppgifter som hämtats från något annat register. Om ett personregister beslutats av riksdagen eller regeringen krävdes inget tillstånd.

Genom personuppgiftslagen har det tidigare licens- och tillståndsförfarandet avskaffats. Utgångspunkten för personuppgiftslagen är i stället att behandling av personuppgifter är tillåten i de fall och på de villkor lagen anger.

Som nämnts inledningsvis gäller särreglering i lag eller förordning framför personuppgiftslagen (2 §). Det innebär bl.a. att föreskrifter rörande t.ex. särskilda register gäller i stället för personuppgiftslagen i den mån dessa föreskrifter avviker från personuppgiftslagen. Sådana föreskrifter får dock inte komma i konflikt med det ovannämnda dataskyddsdirektivet, om behandlingen i registret rör direktivets tillämpningsområde.

Personuppgiftslagen innehåller i övrigt generella regler för all behandling av personuppgifter. Begreppet behandling av personuppgifter omfattar i stort sett allt man kan göra med sådana uppgifter, exempelvis samla in, söka, bevara och sprida uppgifter (3 §). Lagen omfattar behandling av personuppgifter som är helt eller delvis automatiserad, dvs. i första hand datoriserad (5 §). Även manuell behandling av sådana uppgifter kan dock omfattas av lagen, nämligen om uppgifterna ska ingå i en strukturerad samling av personuppgifter, vilka är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier.

I personuppgiftslagen finns också angivet vissa undantag från lagens generella tillämpning. Det gäller privat behandling av personuppgifter (6 §), förhållandet till tryck- och yttrandefriheten (7 §) och offentlighetsprincipen (8 §).

Den som är personuppgiftsansvarig ska se till att personuppgifter behandlas bara om det är lagligt och alltid behandlas på ett korrekt sätt och i enlighet med god sed, att personuppgifter samlas in bara för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål samt inte behandlas för något ändamål som är oförenligt med det för vilket de samlades in, att de personuppgifter som behandlas är riktiga och om nödvändigt aktuella, att alla rimliga åtgärder vidtas för att rätta, blockera eller utplåna sådana personuppgifter som är felaktiga eller ofullständiga med hänsyn till ändamålen med behandlingen samt att personuppgifter inte bevaras under en längre tid än som är nödvändig med hänsyn till ändamålen med behandlingen (9 §).

Vidare reglerar personuppgiftslagen, som nämnts, när behandling av uppgifter är tillåten. Detta är i princip fallet när den registrerade har lämnat sitt samtycke eller när behandlingen är nödvändig av olika angivna skäl, bl.a. för att den personuppgiftsansvarige ska kunna fullgöra en rättslig skyldighet och för att den personuppgiftsansvarige eller tredje man till vilken personuppgifter lämnas ska kunna utföra en arbetsuppgift i samband med myndighetsutövning (10 §).

Lagen innehåller också ett principiellt förbud mot behandling av känsliga personuppgifter (13 §). Med känsliga personuppgifter avses personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening samt personuppgifter som rör hälsa eller sexualliv. Det finns dock omfattande undantag från förbudet (14–20 §§).

Personuppgiftslagen förbjuder andra än myndigheter att behandla personuppgifter om lagöverträdelse som innefattar brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden (21 §). Det finns dock ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om undantag från förbudet.

Lagen innehåller också regler bl.a. om information till registrerade (23–27 §§) och om säkerheten vid behandling (30–32 §§).

Den personuppgiftsansvarige ska anmäla all helt eller delvis automatiserad behandling av personuppgifter till en tillsynsmyndighet, men en anmälan behöver inte göras när ett så kallat personuppgiftsombud har utsetts av den personuppgiftsansvarige (36–40 §§). Personuppgiftsombudet ska enligt nyss nämnda lagrum ha till uppgift att självständigt se till att den personuppgiftsansvarige behandlar personuppgifter på ett korrekt och lagligt sätt.

Datainspektionen är tillsynsmyndighet enligt personuppgiftslagen. Inspektionens uppgifter innebär att informera om gällande regler och utöva tillsyn över att reglerna efterlevs samt att ge råd och hjälp åt personuppgiftsombuden. Vidare ska inspektionen ta emot anmälningar enligt 36 § om behandling av personuppgifter och utöva tillsyn över behandlingen. Datainspektionens befogenheter vid tillsynen anges i 43–47 §§.

4.1.3 Reformarbetet med personuppgiftslagen

En utgångspunkt för personuppgiftslagen är som framgått att behandling av personuppgifter är tillåten endast i de fall och på de villkor som anges i lagen. I andra fall ska behandling av personuppgifter inte få förekomma. Redan vid utarbetandet av personuppgiftslagen beaktades möjligheten att ha en lagstiftning som inriktade sig mer på att förhindra missbruk av personuppgifter. Regeringen har också efter antagandet av personuppgiftslagen vidtagit åtgärder i denna riktning. Regeringen beslutade i februari 2002 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att, inom ramen för dataskyddsdirektivet, åstadkomma ett regelverk som mera tar sikte på missbruk av personuppgifter.

Den särskilda utredaren överlämnade i januari 2004 sitt betänkande med förslag till förändringar av personuppgiftslagen (Översyn av personuppgiftslagen, SOU 2004:6). I huvudsak innebär förslaget att hanteringen av personuppgifter som *inte* ingår i personregister underlättas, att skyldigheten för den personuppgiftsansvarige att på begäran lämna ut registerutdrag blir mindre betungande samt att regeringen och myndigheter får föreskriva sådana undantag från personuppgiftslagen som är tillåtna enligt dataskyddsdirektivet.

4.1.4 Kort om personuppgiftsregleringen inom hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården behandlas ofta personuppgifter av känsligare art. Av bl.a. den anledningen finns det särskild lagstiftning som reglerar under vilka förutsättningar personuppgifter behandlas inom vården. Den närmare regleringen av automatiserad behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården åter-

finns bl.a. i lagen (1998:543) om hälsodataregister (hälsodataregisterlagen) och lagen (1998:544) om vårdregister (vårdregisterlagen).

För närvarande pågår en bred översyn av personuppgiftsbehandlingen inom hälso- och sjukvården. Denna översyn genomförs av den s.k. patientdatautredningen (S 2003:03). Enligt direktiven för utredningen ska den särskilda utredaren se över hur behandlingen av personuppgifter inom hälso- och sjukvården regleras samt lämna förslag till en väl fungerande och sammanhängande reglering av området (Dir. 2004:95). Utredaren ska redovisa uppdraget senast den 31 december 2005.

I övrigt kan nämnas att Socialstyrelsen för ett register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HoSP). Registret har funnits sedan tidigt 1900-tal och började databearbetas redan år 1959. Registret är inte särskilt författningsreglerat, utan förs med stöd av personuppgiftslagen.

Sedan år 1997 förs ett s.k. vårdgivarregister av Socialstyrelsen. Alla som bedriver verksamhet på hälso- och sjukvårdens område och som står under Socialstyrelsens tillsyn är skyldiga att anmäla detta till styrelsen. Registret används för tillsyn och forskning samt för framställning av statistik. Bestämmelser om detta register återfinns i LYHS (6 kap. 20–22 §§).

4.2 Skolverkets tillsyn av s.k. kompletterande utbildningar

Genom Statens skolverks tillsyn över utbildningar som bedrivs av huvudmän utanför det offentliga utbildningssystemet, s.k. kompletterande utbildningar, har myndigheten skaffat sig kunskaper om sådana utbildningar i alternativ- eller komplementärmedicin. Skolor som bedriver utbildning på gymnasienivå eller eftergymnasialnivå har nämligen möjlighet att efter ansökan få statlig stöd, bl.a. i form av att utbildningen ställs under Skolverkets tillsyn. Ett sådant stöd möjliggör också för utbildningsanordnaren att kunna undantas från den skatteplikt som generellt gäller vid erbjudande av bl.a. utbildningstjänster (jfr 3 kap. 8 § mervärdesskattelagen [1994:200] samt prop. 1996/97:10 s. 21 och prop. 1998/99:110 s. 40 ff).

Bestämmelser om statligt stöd för kompletterande utbildningar finns i förordningen (2000:521) om statligt stöd till kompletterande utbildningar. I betänkandet Fristående utbildningar med

statlig tillsyn inom olika områden SOU 1998:11 samt prop. 1998/99:110 finns de bakomliggande motiven till denna förordning beskrivna.

Närmare innebär förordningen om statligt stöd till kompletterande utbildningar följande. En utbildningsanordnare har möjlighet att få statligt stöd genom att utbildningen

- *ställs under statlig tillsyn,*
- *förklaras berättiga eleverna till studiestöd* enligt studiestödsförordningen, om utbildningen är värdefull från nationell synpunkt, *eller*
- *berättigar till statsbidrag*, om utbildningen är särskilt värdefull från nationell synpunkt. (1 § första stycket)

Sådana utbildningar som får statligt stöd kallas *kompletterande utbildningar* (1 § andra stycket).

Statligt stöd lämnas till utbildning som bl.a. utgör ett komplement till gymnasieskolan eller har lägst genomgången gymnasieskola, motsvarande utbildning eller viss yrkeserfarenhet som antagningskrav. Statligt stöd lämnas dock inte till sådan utbildning som står under statlig tillsyn som utövas av Högskoleverket (2 §).

I förordningen anges närmare vilka krav som ställs på den utbildning som vill få statligt stöd. Grundkraven är bl.a. att utbildningen ska utformas i överensstämmelse med grundläggande demokratiska värderingar samt att var och en som verkar inom utbildningen ska främja aktning för varje människas egenvärde och respekt för vår gemensamma miljö. De som verkar inom utbildningen ska särskilt bl.a. främja jämställdhet mellan könen. (7 § första stycket)

Ett ytterligare grundläggande krav på utbildningen är att den ska *vila på vetenskaplig eller konstnärlig grund eller på beprövad erfarenhet* (7 § andra stycket). Det finns inte i förordningen eller förarbetena närmare utvecklat vad dessa krav innebär i detta sammanhang. Det kan noteras att grunderna vetenskaplig eller beprövad erfarenhet i detta sammanhang är alternativa, dvs. båda kriterierna behöver inte samtidigt vara uppfyllda (jfr utformningen av motsvarande kriterier i 2 kap 1 § LYHS).

För att stå under statlig tillsyn – som utövas av Skolverket – krävs utöver vad som nyss angetts att utbildningen har en omfattning om sammanlagt minst 200 timmar lärar- eller handledarledd

undervisning under högst tre år och att huvudmannen för utbildningen

1. har en godtagbar plan som beskriver utbildningens innehåll och mål samt hur målen ska förverkligas,
2. har en ansvarig person som leder utbildningen,
3. har fastställda inträdsvillkor och urvalsgrunder som är godtagbara i förhållande till utbildningens nivå och inriktning,
4. har kompetenta lärare och handledare,
5. ger eleverna betyg eller intyg som beskriver utbildningens innehåll och de uppnådda målen efter avslutad utbildning, och
6. endast tar ut elevavgifter som bedöms skäligen i förhållande till utbildningens karaktär. (8 §)

Kraven för att en utbildning ska förklaras berättiga eleverna till studiestöd enligt studiestödsförordningen, ställs högre än för att enbart stå under statlig tillsyn. En grundförutsättning till att börja med är att den anses värdefull från nationell synpunkt. I förordningen finns närmare angivet vad som avses med denna förutsättning (4 §). Utöver detta krävs att ovan angivna krav är uppfyllda och att den står under statlig tillsyn. Vidare måste utbildningen ha en omfattning om minst 320 timmar lärar- eller handledarledd undervisning under minst fyra sammanhängande månader. Därutöver ställs ytterligare krav på huvudmannen och den organisation som finns knutet till utbildningen (9 §).

Som nämnts, kan en utbildning under vissa förutsättningar även få statsbidrag. Kraven för att få sådant bidrag är höga. Här är en grundförutsättning till att börja med att utbildningen ska anses vara särskilt värdefull från nationell synpunkt (jfr 5 §). Samtliga tidigare nämnda krav ska därutöver vara uppfyllda. Till detta kommer att utbildningen ska ha en omfattning om minst 800 timmar lärarledd eller handledarledd undervisning per år och att utbildningen varar i minst ett år (10 §).

Den utbildningsanordnare som önskar få statligt stöd ansöker om detta hos Skolverket, som sedan beslutar om statlig tillsyn, studiestödsberättigande och om statsbidrag (12–14 §§). Beslut om enbart statlig tillsyn kan begränsas till att avse en bestämd tid (16 § första stycket). Övriga stöd – studiestödsförklaringen samt beslut om statsbidrag ska begränsas till att avse en bestämd tid, dock högst 4 år (16 § andra stycket). Verket får besluta att statligt stöd ska upphöra, om utbildningen inte längre uppfyller kraven eller

huvudmannen inte iakttar sina skyldigheter enligt förordningen (24 §). Verkets beslut i fråga om tillsyn får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol (25 §).

Som nämnts utövas den statliga tillsynen av Skolverket. Om det krävs särskilda kunskaper och erfarenhet för att kunna utöva tillsyn, ska Skolverket begära hjälp av annan myndighet (21 §).

De kompletterande utbildningarna, som beviljats stöd av Skolverket, finns intagna i Skolverkets författningssamling (SKOLFS 2004:21). Inom området för AKM har ett antal utbildningar ansökt och blivit beviljade statligt stöd genom att de ställts under Skolverkets tillsyn. Av Skolverkets författningssamling framgår att inom området för hälsa och friskvård står f.n. 20 utbildningar under Skolverkets tillsyn. En utbildning har även beviljats s.k. studiestödsberättigande (jfr 1 §).