



NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER

NOU 1998: 21

Alternativ medisin

Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet
april 1997

Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 15. desember 1998

STATENS FORVALTNINGSTJENESTE
STATENS TRYKNING

OSLO 1998

Til Sosial- og helsedepartementet

Utvalget til å utrede alternativ medisin i Norge, oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet i april 1997, legger med dette frem sin utredning. Utredningen er enstemmig hvor ikke annet fremgår.

Oslo, 15. desember 1998

Jarle Aarbakke leder

Anne Kjersti Befring

Britt Untiedt Bjørgan

Andreas N. Bjørndal

Geir Sverre Braut

Stig Bruset

Vigdis Moe Christie

Vinjar Fønnebø

Hanne Karin Grini

Laila Guttormsen

Marit Halvorsen

Benedicte Ingstad

Ingvild Mestad

Tom A. Pedersen

Terje Risberg

Liv H. Rygh

Aslak Syse

Kirsten Been

Karl Skaar

KAPITTEL 1

Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsmåte**1.1 OPPNEVNING OG MANDAT**

Etter oppfordring fra et samlet Storting oppnevnte Sosial- og helsedepartementet i april 1997 et utvalg for å utrede ulike sider ved alternativ medisin. Utvalget har vært kalt Alternativ medisin-utvalget eller Aarbakke-utvalget, etter lederen professor Jarle Aarbakke. Utvalget ble gitt følgende mandat:

1. *Gjøre rede for status for alternativ medisin og hvilken plass alternativ medisin har i Norge i dag* Beskrivelsen skal fortrinnsvis bygge på tilgjengelig kildemateriale og skal bl. a. omfatte:
 - Redegjørelse for gjeldende og aktuell ny lovgivnings innhold og grenser når det gjelder adgangen til å drive sykebehandling
 - Oversikt over aktuelle alternative behandlingsformer
 - Oversikt over utdanningstilbud og utøvernes kompetanse
 - Beskrivelse av antall og geografisk spredning av de ulike utøverne
 - Beskrivelse av omfanget av bruken og karakteristika ved brukerne av alternativ medisin
 - Beskrivelse av aktuelle aktørers holdninger til og kunnskap om ulike former for alternativ medisin
 - Redegjørelse for hvor alternativ medisin står i forskningssammenheng. Eventuell dokumentert effekt og bivirkninger av ulike former for alternativ medisin bør inngå i redegjørelsen
 - Redegjørelse for hvilken plass og betydning ulike former for alternativ medisin har i dag - herunder også eksisterende samarbeid med det etablerte offentlige og private helsevesen. Helsepersonells bruk av alternative terapiformer i pasientbehandling skal inngå i en slik redegjørelse
 - Redegjørelse for økonomiske aspekter knyttet til utøvelse av alternativ medisin (eksempelvis i forbindelse med utdanning og honorarer)
 - Beskrivelse av situasjonen i andre land som har relevante erfaringer med samarbeid mellom alternativ medisin og etablert offentlig og privat helsevesen
 - Redegjørelse for avtaler, dokumenter og holdninger i aktuelle internasjonale organisasjoner som Verdens helseorganisasjon (WHO), Den Europeiske Union (EU) og Europarådet når det gjelder samarbeid mellom alternativ medisin og etablert medisin
2. *Gjøre rede for og drøfte hva som kjennetegner (ulike former for) alternativ behandling og slik utøvelse* Herunder også vurdere hva som skiller slike metoder og utøvere fra hverandre og fra offentlig anerkjente behandlingsmetoder og utøvere.
3. *Drøfte og vurdere hvorvidt ulike former for alternativ medisin bør ha en plass i tilknytning til det etablerte helsevesenet*
 - Beskrive eventuelle fordeler og ulemper av medisinsk, pasientmessig og økonomisk karakter knyttet til bruk av alternative behandlingsformer i forhold til etablerte behandlingsformer. Effekt, eventuelt manglende effekt og bivirkninger skal inngå i en beskrivelse av fordeler og ulemper av medisinsk karakter
 - Redegjørelsen skal omfatte grunner til og drøfting av hvorfor ulike former

for alternativ medisin eventuelt bør ha en plass utenfor det etablerte helsevesenet

4. *Drøfte og komme med forslag til hvordan ulike former for alternativ medisin eventuelt kan samordnes med privat helsevesen og offentlig helsevesen på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå*
5. *Drøfte spørsmål knyttet til registrering/register. Herunder blant annet hensikten med et register, kriterier for å skille ut seriøse utøvere i et eget register og vurdere om eventuell registrering skal være frivillig*
6. *Drøfte sentrale problemstillinger knyttet til godkjenningsordninger og komme med forslag til eventuelle godkjenningsordninger for grupper av alternativmedisinske utøvere, herunder også krav til utdanning*
7. *Drøfte og ta stilling til lovtekniske modeller mht. lovregulering av feltet alternativ medisin. Både offentlig godkjent/autorisert helsepersonells og ikke slik helsepersonells utøvelse av ulike former for alternativ medisin skal drøftes her*
Lovtekniske modeller kan være;
 - revisjon av kvakksalverloven
 - regulere alternativmedisinske yrkesutøvers virksomhet gjennom de aktuelle bestemmelsene i straffeloven
 - egen lov om alternative terapiformer (jf. SOU 1989:60)
8. *Drøfte behov for og komme med forslag til aktuelle klageordninger for brukere av alternativ medisin*
9. *Drøfte konsekvensene av de foreslåtte forslagene*
 - Gjøre rede for implementeringsutfordringer, eksempelvis av kunnskapsmessig, pedagogisk/informativ og holdningsmessig karakter
 - Gjøre rede for økonomiske og administrative konsekvenser. I tråd med Utredningsinstruksen skal et av forslagene innebære redusert eller uendret ressursbruk.
10. *Vurderingene og forslagene skal munne ut i en anbefaling og arbeidet skal nedfelles i en utredningsrapport. Utredningen skal legges fram for departementet innen 15. desember 1998.*

1.2 BAKGRUNN FOR OPPNEVNING

I behandlingen av Nasjonal helseplan (St. meld. nr. 41 (1987-88)) påpekte Sosialkomiteen (jf. Innst. S. nr. 120 (1988-89)) at alternativ medisin etter hvert har fått betydelig innpass og utbredelse, og at mange har fått hjelp av alternativ medisin. Komiteen understreket at det på flere felter innenfor alternativ medisin/behandlingsformer kunne være behov for en gjennomgang av hvilken plass disse burde ha innenfor det samlede helsevesen.

I behandlingen av St. meld. nr. 37 (1992-93) om utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid sa Sosialkomiteen i Innst. S. nr. 118 (1993-94) (s. 10) følgende:

«Komitéen vil også understreke viktigheten av tverrfaglig samarbeid om vi skal nå de mål vi har satt for det helsefremmende og forebyggende arbeid. Foruten skolemedisin og de tradisjonelle profesjonene i helsevesenet, ser komitéen det som ønskelig at alternativ medisin får sin plass i dette arbeidet. Etter komitéens oppfatning er det i denne sammenheng viktig å videreføre arbeidet med hvordan man kan skille de seriøse fra de useriøse utøverne på dette feltet.

Komitéen er kjent med at mange benytter seg av alternativ medisin i dag med vellykket resultat. Erfaringer viser at alternativ medisin har noe å tilby ved både fysiske og psykiske lidelser. Komitéen ser det derfor som naturlig at seriøse utøvere av alternativ medisin inviteres med på forsøksprosjekter lokalt med sikte på å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeid.»

I forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 50 (1993-94) om samarbeid og styring - mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste, uttalte Stortingets sosialkomité i Innst. S. nr. 165 (1994-95) (s. 28-29) blant annet følgende:

«Komitéen vil påpeke at stadig flere pasienter benytter alternativ medisin, men vil understreke at det er viktig å skille mellom seriøs og useriøs behandling. Mange opplever at de blir kvitt lidelser skolemedisinen ikke har klart å kurere.

Blant helsepersonell er det også en økende interesse for å kombinere skolemedisin med alternativ behandling, spesielt innenfor områdene akupunktur og homøopati. Med den økning i utdannelsesinstitusjoner og kursvirksomhet som nå skjer innenfor dette feltet, vil tilbudet kunne vokse sterkt i årene fremover.»

Komiteen mente at en melding om helsetjenesten også burde drøftet forholdet mellom den ordinære helsetjenesten og de mange alternative tilbudene, og viste til behandlingen av Nasjonal helseplan i 1989. Komiteen viste videre til at Regjeringen har igangsatt et eget forskningsprogram for alternativ medisin. Etter forslag fra Sosialkomiteen fattet Stortinget 7. juni 1995 følgende romertallsvedtak vedrørende alternativ medisin:

Vedtak VI «Stortinget ber Regjeringen om å opprette egnede samarbeidsfora bestående av helsepolitikere, fagfolk og representanter for fagforbund innenfor alternativ medisin. Arbeidet med å skille ut de seriøse utøvere av alternativ medisin i et eget register må intensiveres.»

Vedtak VII «Stortinget ber Regjeringen om å oppnevne et helsepolitisk utvalg sammensatt av representanter fra fagdepartement og utvalgte organisasjoner innenfor alternativ medisin for å utrede hvilken plass alternativ medisin skal ha innenfor det samlede helsevesen, både sentralt og lokalt.»

Vedtak VIII «Stortinget ber Regjeringen vurdere en godkjenningsordning av utdanningen innen alternativ medisin i forbindelse med det videre arbeidet med lov om helsepersonell.»

Vedtak IX «Stortinget ber Regjeringen sørge for at arbeidet med å dokumentere effekten av ulike former for alternativ medisin intensiveres. På dette grunnlaget bør det defineres krav til kriterier for seriøse former for alternativ medisin.»

I forbindelse med oppnevningen av utvalget skrev departementet:

«Sosial- og helsedepartementet har allerede oppnevnt en referansegruppe for alternativ medisin som har gitt råd til departementet i forbindelse med departementets oppfølging av vedtakene. Som videre oppfølging av vedtakene oppnevner Sosial- og helsedepartementet i tillegg Alternativ medisinutvalget. Utvalget får i oppdrag å utrede hvilken plass alternativ medisin bør ha i det samlede helsevesen i Norge. Videre skal utvalget komme med konkrete forslag til hvordan alternativ medisin i praksis kan reguleres.»

1.3 UTVALGETS SAMMENSETNING

Følgende personer ble oppnevnt som medlemmer av utvalget:

- Aarbakke, Jarle, professor, dr. med., Universitetet i Tromsø, leder
- Befring, Anne Kjersti, prosjektleder, Sosial- og helsedepartementet (nå: seksjonssjef, Den norske lægeforening), Oslo
- Bjørgan, Britt Untiedt, sykepleier og soneterapeut, Bergen
- Bjørndal, Andreas N., akupunktør NFKA og homeopat MNHL, Oslo
- Braut, Geir Sverre, fylkeslege i Rogaland
- Bruset, Stig, lege, Lier
- Christie, Vigdis Moe, samfunnsforsker, Universitetet i Oslo
- Fønnebø, Vinjar, professor, dr. med., Universitetet i Tromsø
- Grini, Hanne Karin, interessepolitisk konsulent, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Oslo
- Guttormsen, Laila, sykepleier og naturterapeut, Berlevåg
- Halvorsen, Marit, førsteamanuensis, dr. juris, Universitetet i Oslo
- Ingstad, Benedicte, professor, dr. philos., Universitetet i Oslo
- Mestad, Ingvild, advokat, Kluge Advokatfirma ANS, Oslo
- Pedersen, Tom A., kinesiolog, Bergen
- Risberg, Terje, overlege, Regionsykehuset i Tromsø (nå: dr. med.)
- Rygh, Liv H., rådgiver, dr. philos, Statens legemiddelkontroll (nå: fagsjef, Statens helsetilsyn)
- Syse, Aslak, førsteamanuensis, dr. juris, cand. med., Universitetet i Oslo (nå: professor).

Utvalget har hatt samme sammensetning gjennom hele utvalgsarbeidet, men enkelte av medlemmene har, som det fremgår, skiftet stilling og/eller arbeidssted.

Sekretariatsfunksjonen for utvalget har vært ivaretatt av Sosial- og helsedepartementet.

Utvalgssekretærer har vært utredningsleder Kari Bente Sørli fra utvalgets oppnevning til april 1998, utredningsleder Kirsten Been fra 1. september 1997, og utredningsleder Karl Skaar fra 25. mai 1998, de to sistnevnte til utvalgsarbeidets avslutning. Sekretær Kari Mette Sandviken har bistått.

1.4 UTVALGETS TOLKNING AV MANDATET

Utvalget har søkt å avgrense alternativ medisin mot skolemedisin og etablert helsevesen på den ene side, og mot annen virksomhet med behandlingselementer på den annen side.

Avgrensning mot behandling med elementer av mer psykologisk karakter er uskarp. Behandling der dette er hovedelementet, er ikke omtalt.

Utvalgets utredning omfatter ikke det som faller inn under alminnelig religiøs virksomhet. I dette ligger virksomhet som har sin hovedforankring i en tro og ritualer knyttet til denne troen, det kan være forbønn og bønn for en syk, utdrivelse av onde makter m.v. Alternativmedisinsk behandling kan imidlertid ha elementer av livssyn og verdensbilde eller være motivert av en religiøs tro, noe som også vil begrunne valg av behandling og oppfølging av pasienter. Slik behandling omfattes av utredningen. I reguleringsspørsmålet vil dette aktualiseres der det dreier seg om profesjonell behandling, det vil si behandlingsvirksomhet som er etablert som næring, slik at pasienter må gjengjelde tjenesten med betaling. Ved vurderingen av om man har å gjøre med alminnelig religiøs virksomhet eller behandlingsvirksomhet, vil relevante momenter blant annet være hva som er grunnlaget for handlingen eller møtet, troens styrke, om det ytes vederlag, i så fall vederlagets form og størrelse.

Avgrensning mot skolemedisin er uskarp fordi metoder og kunnskap som anvendes innen alternativ medisin også brukes innen skolemedisin. Der hvor disse metodene har fremtredende plass i alternativmedisinsk behandling, slik som kostråd og kosttilskudd, er disse spesielt omtalt.

Utvalget er i mandatet bedt om å bruke tilgjengelig kildemateriale. Utvalget har i tillegg gjort en opinionsundersøkelse høsten 1997 for å skaffe til veie oppdatert informasjon om bruk av alternativ medisin i Norge.

Direkte sammenlikning av bruk av alternativmedisinsk behandling i Norge og andre land vanskeligjøres av at klassifisering av alternativ medisin/skolemedisin varierer fra land til land.

Utvalget er i mandatet bedt om å se på hva som skiller seriøse fra useriøse utøvere. Utvalget har problematisert dette skillet, og har gått inn på noen tiltak som kan gjøre det tydeligere.

1.5 ARBEIDET I UTVALGET

Utvalget startet sitt arbeid i mai 1997. Utvalget har hatt et omfattende mandat og bred sammensetning. For å kunne ivareta de ulike deler av mandatet på en hensiktsmessig måte, ble det opprettet tre underutvalg allerede fra starten. En gruppe arbeidet i hovedsak med beskrivelse av de ulike terapiformer og bruken av alternativ medisin. Denne gruppen ble ledet av Vigdis Moe Christie og besto for øvrig av Britt Bjørgan, Laila Guttormsen, Tom A. Pedersen og Terje Risberg. En gruppe vurderte dokumentasjon vedrørende effekt og bivirkninger. Denne gruppen ble ledet av Vinjar Fønnebø, og de øvrige medlemmene var Geir Sverre Braut, Stig Bruset, Marit Halvorsen, Benedicte Ingstad og Liv Rygh. Den tredje gruppen tok for seg juridiske problemstillinger. Denne gruppen ble ledet av Aslak Syse, og besto for øvrig av Anne Kjersti Befring, Andreas N. Bjørndal, Hanne Karin Grini og Ingvild Mestad. Gruppene har hatt en rekke møter, henholdsvis 7, 9 og 11. Gruppelederne har sammen med utvalgsleder Jarle Aarbakke utgjort en ledergruppe, som har hatt 9 møter. Etter hvert viste arbeidet at det også var behov for en gruppe som særlig så på andre virkemidler enn de rettslige. Denne gruppen ble ledet av Anne Kjersti Befring, og besto for øvrig av Andreas N. Bjørndal, Britt Bjørgan, Geir Sverre Braut og Terje Risberg. Det ble avholdt 5 møter. Det har vært møter i plenum gjennom hele utvalgsperioden. Utvalget har hatt 10 plenums møter, til sammen 17 møtedager fra mai 1997 til desember 1998. Utvalgsarbeidet har blant annet vært karakterisert av at de fleste av utvalgsmedlemmene har deltatt aktivt med utkast til deler av utredningen.

For å innhente opplysninger og få innspill fra berørte grupper, sendte utvalget sommeren 1997 ut spørreskjemaer til foreninger for utøvere av alternativ medisin, utdanningsinstitusjoner innen alternativ medisin og pasientorganisasjoner. Sommeren 1998 ble det sendt anmodning til foreninger for utøvere av alternativ medisin og utdanningsinstitusjoner innen alternativ medisin om å komme med forslag til hvilke andre virkemidler enn rettslige som kan tas i bruk i samarbeidet mellom alternativ medisin og skolemedisin.

Utvalget arrangerte en åpen høring om alternativ medisin i Folkets Hus i Oslo 27. oktober 1997 for å få synspunkter fra interesserte. Representanter fra foreninger for alternativmedisinske utøvere, pasientorganisasjoner, Den norske lægeforening med flere holdt innledninger. For øvrig var ordet fritt, og en rekke personer benyttet anledningen til å si sin mening.

Utvalget har fått gjennomført en spørreundersøkelse for å få oppdatert informasjon om bruken av alternativ medisin. Undersøkelsen ble utført av Opinion - Institutt for meningsmålinger og markedsanalyse i oktober 1997.

Journalist Olav Grinde har hatt i oppdrag å bistå utvalget i arbeidet med beskrivelse av en del av behandlingsformene omtalt i "*En del alternativmedisinske behandlingsformer*" i kapittel 6 nedenfor.

Norsk institutt for studier av forskning og utdanning (NIFU) har hatt i oppdrag fra utvalget å gå gjennom og systematisere materiale om utdanning innen alternativ medisin og skrive utkast til punkt 8.2. NIFU vil utgi en rapport om emnet utarbeidet i forbindelse med oppdraget.

I forbindelse med enkelte av utvalgets møter har det vært trukket inn utenforstående fagpersoner på ulike felter. Det ble holdt et seminar om folkemedisin-tradisjoner i Nord-Norge ved Johan Klemet Kalstad, Nordisk samisk institutt; Inger Altern, førsteamanuensis, Universitetet i Tromsø; Torhild Hanem, psykolog; Anni Henriksen, sykepleier og sosialantropolog; og Gunn-Tove Minde, stipendiat, Universitetet i Tromsø. Laila Launsø, sosiolog, Danmark, holdt foredrag om sosiologiske og metodologiske innfallsvinkler på alternativ medisin. Bernd R. Schmidt, heilpraktiker og president for forbundet Freie Heilpraktiker i Tyskland, holdt foredrag om «Heilpraktik» og samarbeid mellom alternativ medisin og skolemedisin i Tyskland samt om mulige måter å integrere alternativ medisin i helsevesenet.

I tillegg til de som er nevnt har en rekke personer bidratt med innspill til utvalgets arbeid.

Deler av utvalget har foretatt studiebesøk og -reiser for å innhente informasjon av ulike karakter:

Det er avlagt studiebesøk ved følgende behandlingssentre i Norge hvor det utøves ulike former for alternativ medisin: Biosenteret, Oslo, Tonsåsen opptreningscenter, Etnedal, Maharishi Ayur-Veda Helsecenter, Mesnali, og Westbytunet, Nordkjosbotn.

En delegasjon på syv utvalgsmedlemmer og en utvalgssekretær foretok en studiereise til England. Delegasjonen besøkte Royal Homoeopathic Hospital og Research Center for the Study of Complementary Medicine (RCCM) i London. To medlemmer besøkte Bristol Cancer Clinic. Delegasjonen hadde møter med professor Edzard Ernst ved University of Exeter, General Practitioner George Lewith i London (også tilknyttet University of Southampton), Steven Gordon fra The Foundation for Integrated Medicine, og Director of Public Health Chris Worth, som også er professor ved University of Huddersfield.

Det ble foretatt en studiereise til Kina og India, hvor seks utvalgsmedlemmer og to utvalgssekretærer deltok sammen med en representant fra Sosial- og helsedepartementet. Man hadde møter med helsemyndigheter og avla besøk på en rekke sykehus og utdanningsinstitusjoner m.v. Det vises til punkt 10.10.6. En rapport fra denne studieturen vil bli gjort tilgjengelig på Internett (<http://odin.dep.no/shd/publ/publ.html>).

To utvalgsmedlemmer deltok på en akupunkturkonferanse i USA, NIH Consensus Development Conference on Acupuncture, 3.-5. november 1997 ved National Institutes of Health (NIH), Bethesda, Maryland. De hadde også en samtale med dr. Wayne Jonas, direktør ved Office of Alternative Medicine ved NIH.

To utvalgsmedlemmer deltok på konferansen «Unconventional Medicine at the Beginning of the Third Millennium - Time for Integration» i Pavia, Italia 4.-6. juni 1998. Konferansen ble organisert av «S. Maugeri» Fondation IRCCS med støtte fra EU-kommisjonen.

To personer har hatt samtaler med Dr. Zhang Xiaorui som er ansvarlig for Traditional Medicine Programme i Verdens helseorganisasjon, Genève.

To personer har hatt samtale med ambassaderåd Ottar Christiansen, Norges faste delegasjon i Genève.

To personer har hatt samtale med professor Olivier Guillod ved Universitetet i Neuchâtel, Sveits, hvor det utføres forskning på alternativ medisins rettslige situasjon i Europa.

To utvalgsmedlemmer har hatt samtale med dr. Fabian Lutz, EU-kommisjonen DG III, og Sam de Smedt, personlig sekretær for medlem av EU-parlamentet Raf Chanterie.

KAPITTEL 2

Sammendrag og hovedkonklusjoner**2.1 INNLEDNING**

I dette kapitlet gis et sammendrag av utredningen. Hovedvekten er lagt på de kapitler som inneholder utvalgets vurderinger, konklusjoner og forslag.

2.2 UTVALGETS MANDAT, SAMMENSETNING OG ARBEIDSMÅTE

I "[Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsmåte](#)" i kapittel 1 redegjøres for utvalgets mandat og sammensetning og for hvordan utvalget har arbeidet. Videre gjengis uttalelser fra Sosialkomiteen og de stortingsvedtak som ligger til grunn for oppnevning av utvalget.

2.3 BEGREPSDISKUSJON OG VITENSKAPSSYN

I "[Begrepsdiskusjon og vitenskapssyn](#)" i kapittel 3 drøftes innledningsvis begrepene alternativ medisin og skolemedisin. Utvalget har valgt å benytte disse to begrepene i sitt arbeid til tross for at det lett kan reises kritiske innvendinger mot dem. Valget er gjort fordi utvalget mener at begrepene, slik disse benyttes i Norge i dag, gir en meningsfull avgrensning av virksomhetsområdene, samtidig som de synes å være de vanligst brukte begrepene.

Sykdomsbegrepet blir kort omtalt. Utvalget har ikke funnet å kunne gå dypere inn i en drøftelse av dette begrepet. Det foreligger ingen allment akseptert definisjon av sykdom. Synet på hva som er sykdom, vil kunne variere fra person til person og ikke minst også med kulturelle og sosiale forhold. I tillegg har begrepet juridiske implikasjoner. Utvalget peker på at et økende tilbud av ulike behandlinger også vil påvirke oppfatningen av hva som til en hver tid anses som sykdom.

Siste del av kapitlet er viet en kort presentasjon av noen tilnærminger til spørsmålet om hva som er vitenskap. Utvalget fremhever problemene som er knyttet til spørsmålet om vitenskap kan være verdinøytral. Det sentrale er hvorvidt oppfatninger om sannhet og kunnskap er å anse som objektive fenomener eller alltid må ses i et subjektivt lys. Det gis også en kort oversikt over kvalitative og kvantitative metoders muligheter og begrensninger i forhold til forskning innen alternativ medisin.

2.4 ALTERNATIVMEDISINENS RØTTER

I "[Alternativmedisinens røtter](#)" i kapittel 4 gis en beskrivelse av alternativmedisinens røtter, herunder folkemedisintradisjonen i Norge, medisinske kunnskapstradisjoner utenfor Europa og medisinske tradisjoner i Europa i historisk tid.

Et historisk og et kulturkomparativt perspektiv viser hvorledes viktige premisser for det vi i dag kjenner som henholdsvis skolemedisin og alternativ medisin, er blitt lagt i tidligere tider. Disse to perspektiver er uadskillelig knyttet sammen. Medisinsk kunnskap er gjennom historien dels blitt skapt lokalt gjennom menneskers erfaringer og de forklaringsmodeller disse erfaringer er blitt fortolket innenfor, dels er de skapt gjennom den mer utstrakte globale prosess som gjør at mennesker med forskjellige medisinske tradisjoner gjennom tidene, under skiftende samfunnsforhold, har møttes og utvekslet erfaringer. Man skiller mellom (1) folke-

medisin eller etnomedisin, (2) alternativ medisin og (3) skolemedisin, selv om grensene mellom disse ofte er uskarpe. Folkemedisinen er den eldste av disse. Mange av dens elementer har beholdt sin opprinnelige form helt frem til vår tid. Både skolemedisinen og den alternative medisinen kan sies å ha vokst frem fra folkemedisinen.

Alternativ medisin i vår del av verden har hentet mange impulser fra folkemedisin i andre verdensdeler. For eksempel er ideer fra asiatiske kunnskapstradisjoner ført videre i mange av vår tids alternativmedisinske behandlingsformer.

I kapitlet trekkes en del utviklingslinjer i Europa fremover mot vårt århundre. Det sies også noen om mulige årsaker til fremveksten av den alternative medisinen.

Til sist i kapitlet omtales folkemedisinen i verden i dag.

2.5 ALTERNATIVMEDISINSKE HELSE-, SYKDOMS- OG FORKLARINGSMODELLER

I "*Alternativmedisinske helse-, sykdoms- og forklaringsmodeller*" i kapittel 5 redegjøres for grunnleggende alternativmedisinske forklaringsmodeller. Innen alternativ medisin finnes det en rekke behandlingsformer og forklaringsmodeller, og ikke alle former av alternativ medisin bygger på de samme prinsipper og teorier. En rekke modeller går likevel igjen i mange forskjellige alternativmedisinske terapiformer, selv om terminologien varierer en del. I kapitlet vektlegges fellestrekk ved terapiformene fremfor ulikheter.

Bioenergetiske forklaringsmodeller, forestillinger om vitalenergi og om kroppen som en integrert helhet, står sentralt. Det gjelder også det holografiske prinsipp som går ut på at helheten er representert i flere av kroppens deler. Den nære koblingen mellom psyke og kropp er også felles for mange alternativmedisinske behandlingsformer.

Kroppens selvhelbredende evner søkes stimulert slik at man kan gjenvinne anatomisk og funksjonell integritet. Sykdom vurderes mer som en svekkelse i den selvhelbredende evne enn som smitte av bakterier og virus. Man ser på utviklingen fra akutte til kroniske sykdommer som et uttrykk for at denne selvhelbredende vitalkraften gradvis blir svekket.

I en rekke former for alternativ medisin legges det også vekt på det naturlige, for eksempel å spise naturlige næringsstoffer. Det anses videre viktig å unngå - og å kvitte seg med - forskjellige typer forurensning av kroppen i form av kunstige tilsetningsstoffer, syntetiske legemidler m.v. som anses å kunne gi opphav til sykdom.

En av de eldste modelltyper som også er vanlig i alternativ medisin i dag, er inndelinger i kategorier og kvaliteter, for eksempel fire eller fem elementer, værtyper eller kroppsvæsker. Symptomer kategoriseres, behandleren vurderer ubalansen og søker å gjenskape balansen mellom kvaliteter ved bruk av kost, urter, livsførsel og andre tiltak.

2.6 EN DEL ALTERNATIVMEDISINSKE BEHANDLINGSFORMER

I "*En del alternativmedisinske behandlingsformer*" i kapittel 6 er det gitt en kortfattet oversikt over en rekke alternativmedisinske behandlingsformer (punkt 6.2), og en nærmere beskrivelse av en del av dem, med redegjørelse for historikk, metode, anvendelsesområder og forklaringsmåte (punkt 6.3). Videre er noen alternativmedisinske analysemetoder beskrevet (punkt 6.4). Beskrivelsene bygger på hvordan sentrale behandlingsmiljøer i Norge i dag oppfatter sin behandlingsmetode

og dens bakgrunn. Utvalget har ikke foretatt en kildekritisk vurdering av dette materialet.

2.7 BRUKERNE AV ALTERNATIVMEDISINSKE BEHANDLINGSFORMER

I "*Brukerne av alternativmedisinske behandlingsformer*" i kapittel 7 redegjøres for bruken av og brukerne av alternativ medisin med grunnlag i en rekke undersøkelser, herunder en undersøkelse foretatt for utvalget.

Ut fra det foreliggende tallmateriale synes det å ha vært en økning i bruken av alternativ medisin de siste tiår. Homøopati, akupunktur og soneterapi er de mest benyttede terapiformer. Kvinner går oftere til alternativmedisinske behandlere enn menn. Imidlertid er det en økende tendens blant menn til å benytte slike tilbud. Midtaldrende og yngre benytter alternativ medisin oftere enn eldre, men de siste årene har bruken blant eldre økt mest. Mens bruken av alternativ medisin tidligere var størst i byer, er bruken nå omtrent jevnstor i by og land. Sammenhengen mellom utdanningsnivå og bruk av alternativ medisin er i ferd med å viskes ut, men personer med høy utdanning bruker fortsatt alternativ medisin noe oftere enn personer med lavere utdanning.

Det er særlig personer med kronisk eller alvorlig sykdom som benytter alternativ medisin, men det synes å være økende bruk også ved andre typer sykdom. Hodepine, allergi, rygg- og nakkeproblemer er de lidelser det hyppigst søkes alternativmedisinsk behandling for. Mange som oppsøker alternativmedisinske behandlere ønsker veiledning om kosthold og kosttilskudd, og hjelp til å styrke immunforsvaret og bedre allmenntilstanden.

I hovedsak oppsøker pasientene lege før de oppsøker alternativmedisinsk behandler. I økende grad konsulteres alternativmedisinsk behandler uten at pasienten først har vært hos lege. Dette gjelder særlig dersom pasienten tidligere har fått hjelp med samme type sykdom hos alternativmedisinsk behandler.

Mer enn to tredjedeler av dem som har benyttet alternativ medisin, oppgir at de er blitt friske eller bedre av behandlingen, mens de øvrige verken er blitt bedre eller dårligere. Flere kvinner enn menn, og flere yngre enn eldre oppgir å ha blitt bedre. Bedring angis hyppigere å finne sted dersom alternativmedisinsk behandling benyttes tidlig i sykdomsprosessen.

To tredjedeler av dem som ikke har benyttet alternativ medisin, kan tenke seg å gjøre det. Andelen er større blant yngre mennesker enn blant eldre.

Det er en økende tendens til at pasienter forteller sin lege at de benytter alternativ medisin, men fortsatt føler mange at de ikke kan diskutere slike spørsmål med legen.

To tredjedeler av de spurte er positive til refusjonsordninger for alternativmedisinsk behandling, og fire av fem vil ha godkjenning- eller autorisasjonsordninger for alternativmedisinske behandlere. Et flertall av brukerne av alternativ medisin mener at alternativ medisin bør være et tilbud ved sykehusene.

Resultater av undersøkelser i andre land om bruk av alternativmedisinsk behandling er tatt opp i punkt 7.3. Forbruk av, offentlig interesse for og forskning innen alternativmedisinsk behandling er økende i de fleste land, ikke minst i Europa. I de land utvalget har opplysninger fra, varierer andel av befolkningen som har oppsøkt alternativmedisinsk behandler mellom 18 og 70 prosent. Mellom 50 og 80 prosent av befolkningen i disse landene har en positiv holdning til alternativmedisinske behandlere.

Som i Norge viser undersøkelser i mange av de europeiske land og i USA at kvinner benytter alternativmedisinsk behandling oftere enn menn. I de fleste lan-

dene utvalget har opplysninger fra, er forbruket størst i aldersgruppen 30 - 60 år. Bruken synes konsentrert om de samme typer sykdommer og lidelser som i Norge.

2.8 UTDANNING OG ORGANISERING AV ALTERNATIVMEDISINSKE UTØVERE

I punkt 8.2 gis en oversikt over utdanningstilbud i alternativ medisin i Norge. Opplysningene er hentet fra besvarelsene av et spørreskjema utvalget sommeren 1997 sendte til de utdanningsinstitusjoner innen alternativ medisin som man kjente til. Skjemaet ble sendt til 62 læresteder, og utvalget mottok 39 svar. Oversikten er således ikke uttømmende.

Det tilbys utdanning i en rekke behandlingsformer: akupunktur, akupressur, aromaterapi, biopati, fargeterapi, gestaltterapi, healing, helhetsterapi, homøopati, kinesiologi, lysterapi, osteopati, polaritetsterapi, soneterapi og yoga/åndedrett. Enkelte skoler tilbyr undervisning i grunnmedisinske fag (som ikke er alternativ medisin, men som inngår i en del utdanninger innen alternativ medisin).

Lærestedene er i første rekke konsentrert i Oslo-området. De fleste skolene er opprettet i løpet av de siste 20 år. Skolene drives privat og har ikke eksamensrett etter høyskoleloven (med unntak av enkelte utdanninger i grunnmedisinske fag). De fleste av lærestedene er små, med mellom 10 og 40 studenter årlig. I perioden 1971 til 1997 er cirka 3 500 utøvere utdannet ved de lærestedene som har besvart spørreskjemaet.

Utdanningens lengde varierer fra korte kurs til flere års heltidsutdanning. Alle utdanningene inneholder en praksisdel. Noen tilbud er etter- eller videreutdanning for helsepersonell eller utøvere av alternativ medisin, men de fleste studietilbudene er ment som grunnutdanning. Opptakskravene varierer svært. Noen læresteder stiller ikke noen krav til formell kompetanse, mens andre stiller krav til avsluttet helseutdanning (for eksempel sykepleie eller fysioterapi). Noen skoler stiller krav om personlig egnethet. De fleste lærestedene tilbyr deltidsstudier. Prisen på utdanning varierer fra 5 000 kroner til 240 000 kroner for hele utdanningen. Årlig studieavgift varierer mellom 2 600 kroner og 39 000 kroner. Dette har i første rekke sammenheng med den store variasjonen i utdanningenes omfang, men variasjonen i pris per undervisningstime er heller ikke ubetydelig. Ingen utdanningstilbud innenfor alternativ medisin er i dag godkjent for utdanningsstøtte gjennom Statens lånekasse for utdanning.

Det er i punkt 8.2 også redegjort for det nærmere innhold i og omfang av studiene, undervisningspersonalets kompetanse, skolenes tilknytning til forskningsaktiviteter, samarbeid mellom læresteder i Norge og med læresteder i utlandet, samt rekruttering fra utenlandske utdanningsinstitusjoner.

I punkt 8.3 redegjøres for organisering av alternativmedisinske utøvere. Opplysningene bygger på besvarelser av et spørreskjema utvalget sommeren 1997 sendte de 37 foreningene for alternativmedisinske utøvere som man kjente til. Utvalget mottok besvarelse fra 25 foreninger. Opplysningene kan ikke anses å være uttømmende. Av foreningene som besvarte henvendelsen, var 3 opprettet før 1980, 8 kom til på 1980-tallet, mens 14 var opprettet på 1990-tallet. Totalt antall aktive medlemmer i disse foreningene per 1. juli 1997 var 2 604. Noen utøvere er medlemmer i flere foreninger. Medlemstall i den enkelte forening varierte mellom 7 og 385 aktive medlemmer. Noen foreninger organiserer utøvere av flere forskjellige behandlingsformer. Flere foreninger organiserer utøvere av de samme behandlingsformene. Enkelte foreninger organiserer bare offentlig godkjent helsepersonell som utøver alternativ medisin.

2.9 HELSEVESENETS HOLDNINGER TIL OG BRUK AV ALTERNATIV MEDISIN

I "*Helsevesenets holdninger til og bruk av alternativ medisin*" i kapittel 9 redegjøres for holdninger til alternativ medisin blant en rekke institusjoner, organisasjoner og persongrupper som utgjør en del av det vi kan kalle helsevesenet i vid forstand, samt for holdninger uttrykt av enkelte andre organisasjoner m.v. Inkludert i redegjørelsen er helsemyndigheter sentralt og lokalt, politiske partier, Statens helsetilsyn og fylkeslegene, utdanningsinstitusjoner i helsefag, forskningsmiljøer, offentlige og private helseinstitusjoner, autorisert/godkjent helsepersonell og studenter i helsefag. Beskrivelsen bygger dels på besvarelser av henvendelser fra utvalget og dels på andre dokumenter og undersøkelser.

Man kan si at helsevesenets handlinger og ytringsformer overfor alternativ medisin kan innta tre former, med glidende overganger: avvisende, nøytral eller aktivt positiv. Utvalgets inntrykk er at mange aktører innen helsevesenet stort sett har vært *avvisende* til å anbefale eller overhode å ha kontakt med alternativmedisinske miljøer. Det ser ut til at mange nå har gått over i en mer *nøytral* posisjon der man mer eller mindre stilltiende aksepterer alternativ medisin som et område der pasienten primært foretar egne valg. *Aktiv samhandling eller henvisende praksis* er fortsatt relativt lite utbredt, selv om en undersøkelse viser at 65 prosent av legene henviser pasienter til akupunkturbehandling.

Materiale utvalget bygger på, viser at kvinnelig helsepersonell stort sett er mer positive til alternativ medisin enn mannlig, yngre mer positive enn eldre, og allmennpraktiserende leger mer positive enn sykehusleger (med kirurger som de mest avvisende). Leger som har fått sin utdanning i utlandet, er mer positive enn de som har fått sin utdanning i Norge. Sykepleiere og annet helsepersonell er langt mer positive til alternativmedisinsk behandling enn leger. Holdninger hos helsepersonell i andre land viser seg stort sett å være mer positive enn i Norge. I de fleste utenlandske undersøkelser utvalget kjenner til, kommer det frem at leger mener at alternativmedisinske behandlingsformer kan tilføre metoder og ideer som skolemedisinen ville kunne tjene på å integrere i sin praksis. I mange land i Syd-Europa har leger monopol på å utøve enkelte former for alternativmedisinsk behandling, for eksempel homøopati.

2.10 OVERSIKT OVER REGULERING AV TJENESTER OG TJENESTEUTØVERE I OG UTENFOR HELSEVESENET

I kapittel 10 redegjøres for gjeldende rett på områder av betydning for utvalgets drøftelser. Det er deler av den relevante helseretten og tilstøtende rettsområder med særlig vekt på bestemmelser som regulerer utøvelse av og utøvere av alternativ medisin.

Som bakgrunnsinformasjon er det blant annet redegjort for helsevesenets oppbygging, organisering og finansiering, og de regler som gjelder for autorisert/godkjent helsepersonell.

I tillegg til de strafferettslige, erstatningsrettslige og forbrukervernrettslige regler som gjelder generelt, er det særlig lov om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur fra 1936 (kvaksalverloven) som er av betydning for utøvelse av alternativmedisinsk virksomhet. Loven setter blant annet grenser for adgangen til å benytte visse behandlingsmetoder og til å behandle nærmere bestemte sykdommer. Således er bruk av reseptpliktige legemidler, operative inngrep, innsprøytninger og fullstendig eller lokal bedøvelse forbeholdt leger og tannleger. Kun leger har rett til å behandle allmennfarlige smittsomme sykdommer, kreft, sukkersyke, farlige anemier og struma med sykelige

former. I punkt 10.4 drøftes det nærmere innhold i disse bestemmelsene. I punkt 10.4.8.4 drøftes det uavklarte spørsmålet om akupunktur er å anse som operativt inngrep i kvaksalverlovens forstand. Utvalget mener at dette er å strekke lovens ordlyd svært langt, og at gode grunner derfor taler for at akupunktur som ikke innebærer alvorlig risiko, er lovlig også for andre enn leger og tannleger. Kvaksalverloven har også bestemmelser om bruk av titler, markedsføring av virksomhet, oppholdstid i riket m.v. Overtredelse av loven er straffbar. Den som tar syke i kur uten å være norsk lege eller tannlege, kan også bli straffet dersom noens liv eller helse utsettes for alvorlig fare, enten ved selve behandlingen eller ved at den syke unnlater å søke kyndig hjelp. Det er ikke straffriende at behandleren på grunn av manglende legekyndighet ikke forsto sykdommens art eller den faren pasienten ble utsatt for.

I punkt 10.5 redegjøres for relevante pasientrettigheter, særlig pasienters rett til å velge og fravelge behandling. Utgangspunktet er at pasienten har selvbestemmelsesrett, og at undersøkelse og behandling skal være basert på frivillighet og samtykke. Pasienten kan i utgangspunktet selv velge om han eller hun vil ha behandling dersom det først foreligger et behandlingstilbud. Det foreligger i tillegg et krav til utøveren om å tilby og yte behandling innenfor et profesjonelt forsvarlighetskrav. Det skal et særlig rettsgrunnlag til for å gjennomføre undersøkelse eller behandling med tvang. I praksis kan valgfriheten også begrenses av andre faktorer, som informasjon, økonomi og tilgjengelighet.

I punkt 10.6 gis en beskrivelse av tilsyn med og sanksjoner innenfor og utenfor helsevesenet. Statens helsetilsyn og fylkeslegene fører tilsyn med helsevesenet og autorisert/godkjent helsepersonell, og behandler dessuten saker etter kvaksalverloven. Andre offentlige tilsynsmyndigheter fører tilsyn på sine områder, for eksempel Forbrukerombudet og Konkurransetilsynet. I punkt 10.6.4 redegjøres det for yrkesgruppenes interne kontroll som følger av yrkesorganisasjonenes etiske regler og disiplinærordninger m.v. Fremstillingen er i stor grad basert på besvarelse av et spørreskjema som utvalget sendte til foreninger for utøvere av alternativ medisin sommeren 1997.

I såvel skolemedisin som noen former for alternativ medisin anvendes stoffer til innvortes eller utvortes bruk. Slike stoffer reguleres dels av medisinallovgivningen/legemiddellovgivningen og dels av næringsmiddellovgivningen. Disse to regelsettene er svært forskjellige både med hensyn til krav til produkter og regler for omsetning. Det er derfor viktig å skille mellom de stoffer som anses som legemidler og følger medisinallovgivningen, og andre stoffer. Det redegjøres for hva som er legemidler og de regler som gjelder for slike midler, herunder særordningen for naturlegemidler. Videre omtales den rettslige situasjonen for naturpreparater, kosttilskudd og lignende som ikke er legemidler. For slike produkter gjelder næringsmiddellovgivningen, men legemiddelloven har også bestemmelser om reklame for produkter som ikke er legemidler.

Regelverket om medisinsk utstyr omtales i punkt 10.8.

I punkt 10.9 redegjøres for økonomiske støtteordninger ved medisinsk behandling, som gratis behandling ved sykehus, refusjon gjennom folketrygden, grunn- og hjelpestønad og skattemessig særfradrag.

I punkt 10.10 settes reguleringen av alternativ medisin inn i et internasjonalt perspektiv.

I punkt 10.11 omtales forslagene til nye helselover, særlig pasientrettighetslov og ny helsepersonellov, jf. Ot.prp. nr. 12 og nr. 13 for 1998-99.

2.11 AKTØRERS SYNSPUNKTER PÅ HVILKEN PLESS ALTERNATIV-MEDISINSKE UTØVERE BØR HA I HELSEVESENET

I kapittel 11 presenteres synspunkter på alternativ medisins plass i helsevesenet som fremkom i besvarelsene av utvalgets spørreskjema sommeren 1997. Spørreskjema ble sendt til organisasjoner for utøvere av alternativ medisin, utdanningsinstitusjoner innen alternativ medisin og pasientorganisasjoner. Det hovedinntrykk utvalget har fått gjennom besvarelsene, er at de fleste både utøverforeninger, skoler og pasientorganisasjoner ønsker mer samarbeid og større integrering mellom alternativ medisin og helsevesenet.

2.12 GENERELT OM EFFEKTIVURDERINGER

I kapittel 12 drøftes grunnlaget for den metoden som er valgt for effektivurderingene i kapittel 13. Utvalget mener at det ikke er mulig å sette opp generelle og utfyllende kriterier for hva som er effektiv behandling og hva som skal til for at en behandling skal tas i bruk utover utprøvningsstadiet. Flere hensyn må vektlegges, blant annet hvilke alternativer som foreligger.

Utvalget har blant annet tatt utgangspunkt i drøftelser av effektebegrepet i andre offentlige utredninger fra de senere årene. Disse utredningene skiller ikke mellom krav til skolemedisin og alternativ medisin. Det poengteres at det som bør legges til grunn for vurderingen av effekt av legemidler og andre behandlingstiltak, er at dokumentasjonen er god og at den kan etterprøves etter definerte vitenskapelige kriterier. Selv om det er et mål at effekten skal være fastslått før en metode tas i bruk, viser det seg i praksis at mange tiltak iverksettes og prioriteringer gjøres uten at dette er oppfylt.

Utvalget drøfter også placebobegrepet og viser ulike innfallsvinkler som kan være aktuelle i fortolkningen av dette fenomenet. Effektebegrepet i alternativ medisin tolkes ofte videre enn det som vanligvis gjøres i legemiddel- og metodevurderinger i skolemedisinen. Det vanskeliggjør tolkningen av effektundersøkelser utført innen alternativ medisin. I dette kapitlet presenteres også visse vanskeligheter og begrensninger knyttet til de vanlig brukte metodene for effektivurderinger. Avslutningsvis peker utvalget på at det er mange andre forhold enn rent vitenskapelige fakta som i praksis påvirker implementeringen og bruken av gitte metoder i medisinen. Eksempelvis kan nevnes pasienters og pasientorganisasjoners ønsker samt markedsføring av legemidler.

2.13 VURDERING AV ALTERNATIVMEDISINSKE BEHANDLINGSFORMERS EFFEKT OG BIVIRKNINGER

Det har vært en økende forskningsaktivitet i vestlige land innen feltet alternativ medisin de siste 15-20 år. Flere land, deriblant Norge, har hatt egne forskningsprogram om alternativ medisin. Etablerte forskere i naturvitenskapelige fag har testet alternativmedisinske metoder, men mange alternativmedisinske terapeuter har også villet delta i vitenskapelige utprøvinger. Et problem har vært at de etablerte forskerne ofte har hatt for liten kunnskap om behandlingsmetodene, mens de alternativmedisinske utøverne ofte har hatt for liten skoloring i vitenskapelige metoder. Det har i liten grad vært oppbygging av alternativmedisinske forskningsmiljøer, og det har derfor vært liten utvikling av forskningsmetoder og -design spesielt tilpasset alternativ medisin.

Utvalget har vurdert kvaliteten på og resultatene av en del forskning på alternativmedisinske terapiformer som praktiseres i Norge. Utvalget har i det vesentligste vurdert materiale som er sendt inn av miljøene for alternativ medisin i forbindelse

med besvarelse av utvalgets spørreskjema sommeren 1997. Behandlingsformer hvor organisasjonene ikke har sendt inn dokumentasjon, er således ikke vurdert av utvalget.

Utvalget har i punkt 13.2 redegjort for hvilke kriterier som er lagt til grunn ved vurderingen av dokumentasjonen. Det drøftes hva som er kriterier for effekt, hva man bør sammenligne med, ulike nivåer av dokumentasjon, og vitenskapelige kriterier ved vurdering av dokumentasjon.

Utvalget har satt opp en skala med seks trinn som muliggjør klassifisering av de enkelte behandlingsmetoder:

1. *Dokumentert effektiv*: Omfattende positive forskningsresultater sammenholdt med god klinisk erfaring gir grunnlag for å anse metoden dokumentert effektiv.
2. *Mulig effektiv*: En del positive vitenskapelige forskningsresultater og god klinisk erfaring foreligger. Metoden kan ikke anses dokumentert effektiv med mindre dette bekreftes gjennom flere kliniske studier.
3. *Kanskje effektiv*: Noen få positive vitenskapelige forskningsresultater og noe god klinisk erfaring gir grunnlag for å forske videre på metoden.
4. *Utilstrekkelig datagrunnlag*: Den sparsomme dokumentasjon umuliggjør konklusjoner.
5. *Ikke effektiv*: Omfattende negative forskningsresultater sammenholdt med dårlig klinisk erfaring gir grunnlag for å anse metoden dokumentert ikke effektiv.
6. *Farlig*: Omfattende forskningsresultater gir grunnlag for å anse metoden som farlig.

Noen av utvalgets medlemmer mener at kortformen på skalaens trinn nr. 2 bør være *trolig effektiv*.

Utvalget har kommet til følgende konklusjoner når det gjelder dokumentasjon av effekt:

- *Akupunktur*: Utvalget mener akupunkturbehandling er *dokumentert effektiv* ved postoperativ og cellegiftindusert kvalme hos voksne. Metoden er *mulig effektiv* ved svangerskapskvalme, smertetilstander etter dentalkirurgi, som hjelpemiddel ved narkotika- og alkoholavvenning og som hjelpemiddel i slagrehabilitering. Ved behandling av smerter etter generell kirurgi, kroniske smertetilstander og astma og ved røykeavvenning anser utvalget akupunktur som *kanskje effektiv*. Ved akupunkturbehandling av andre lungelidelser anser utvalget at det foreligger *utilstrekkelig datagrunnlag*.
- *Aromaterapi*: Essensielle oljer har biologiske effekter. Det foreligger *utilstrekkelig datagrunnlag* for en vurdering av kombinasjonsbehandling av oljenes spesifikke virkning, massasje og luktpåvirkningen.
- *Ayurvedisk medisin*: Ayurvedisk medisinsk tradisjon inneholder sannsynligvis elementer som kan antas å ha terapeutiske effekter, men innsikten i spesifikke virkningsmekanismer er mangelfull. Utvalget anser at dokumentasjonen på dette området gir grunnlag for å anse metoden *kanskje effektiv*.
- *Healing*: Effekt av healing kan ikke avvises, men en eventuell virkningsmekanisme er ukjent. Metoden må anses som *kanskje effektiv*, men det er ikke mulig å si noe om effekten på enkelte sykdommer eller sykdomsgrupper.
- *Homøopati*: Utvalget anser homøopatisk behandling generelt som *mulig effektiv*, men kan vanskelig gi konkrete vurderinger ved spesifikke lidelser.
- *Kinesiologi*: Det er *utilstrekkelig datagrunnlag* for å trekke sikre konklusjoner om kinesiologi som terapeutisk system. Det er holdepunkter for at muskeltestingsmetodikken har et grunnlag som kan forklares ut fra nevromuskulære virkningsmekanismer. Muskeltestingsmetodikken anser utvalget dermed som *kanskje effektiv*.

- *Osteopati*: At det er en sammenkobling i eller utenfor ryggmargen av nervefibre fra det autonome og somatiske nervesystemet anses dokumentert. Som klinisk behandlingsmetode av systemiske sykdommer anser utvalget at det er et *utilstrekkelig datagrunnlag*.
- *Soneterapi*: Det er fremdeles *utilstrekkelig datagrunnlag* til å vurdere metodens kliniske effektivitet.
- *Transcendental meditasjon*: Transcendental meditasjon brukt som avslapningsteknikk karakteriseres som *mulig effektiv*. I forhold til avhengighetsproblemer må metoden anses som *mulig effektiv*. Ved andre tilstander, som for eksempel hjerte-kar sykdommer, er det *utilstrekkelig datagrunnlag*.

Generelt konkluderer utvalget med at alternativmedisinsk behandling ser ut til å ha et potensiale i behandlingen av en rekke sykdomstilstander utenom akuttmedisinen, men at forskningen er kommet altfor kort eller har en retning som kanskje ikke er formålstjenlig. Utvalget har i punkt 13.5 pekt på en del problemer i forbindelse med forskning i alternativ medisin, så som for små undersøkelser, for få systematiske etterprøvinger av tidligere undersøkelser, vanskeligheter med å gjennomføre gode placebokontroller, skjevhet (bias) med hensyn til pasientinkludasjon, urealistisk behandlingssituasjon, for dårlig kvalitet på behandlingen, og publikasjonsbias (skjevhet i hva som publiseres).

Forskningen har i mange tilfelle vært bygget opp etter mønster av legemiddelforskning. Denne forskningen er karakterisert av behovet for å finne ut om nye legemidler i det hele tatt har biologiske effekter, for deretter å utprøve den kliniske brukbarhet. Å følge denne veien i utforskningen av alternativmedisinske behandlingsformer kan være en tilnærming som ikke passer med det terrenget alternativ medisin utøves innenfor.

Mange personer som oppsøker alternativ medisin, har tilstander hvor også skolemedisinen er klar over at det ikke finnes et eller flere spesifikke medikamenter som kan kurere vedkommende. Ved slike langvarige, men ikke livstruende, sykdommer og plager er det nødvendig med en helhetlig tilnærming som kan bestå av flere komponenter. Det bør derfor igangsettes mer forskning av hele «behandlingsspakker» for å sammenligne den skolemedisinske omsorgen med den omsorg som gis av alternativmedisinske behandlere. Denne forskningen vil for eksempel kunne gi viktig kunnskap om hvilke komponenter i en terapeut-pasient relasjon som er viktigst for at enten bedring eller aksept av sykdomstilstanden kan finne sted.

2.14 OVERSIKT OVER RELEVANTE HENSYN OG MULIGE FORMER FOR RETTSLIG REGULERING OG ANDRE VIRKEMIDLER VEDRØRENDE ALTERNATIV MEDISIN

2.14.1 Hensyn

I punkt 14.1 gjøres det rede for hvilke hensyn som gjør seg gjeldende ved vurderingen av om utøvelse av alternativ medisin bør undergis særskilt regulering, eventuelt på hvilken måte slik regulering bør gjennomføres. Hensynene vil kunne trekke i hver sin retning. Hvilken vekt utvalget legger på de enkelte hensyn fremgår av kapittel 15. De hensyn utvalget har funnet relevante, er særlig hensynet til en effektiv og god helsetjeneste, herunder forutsigbarhet og sikkerhet ved bruk av behandlingstjenester, en god folkehelse, en rasjonell utnyttelse av samfunnets ressurser (god samfunnsøkonomi), beskyttelse av pasientene og deres integritet, ivaretagelse av pasientenes selvbestemmelsesrett, valgfrihet og behov for behandling, samt etableringsfrihet for behandlere.

2.14.2 Rettslige virkemidler

I punkt 14.2 gis en oversikt over mulige former for rettslig regulering av alternativ medisin. Også reguleringsformer utvalget ikke har ønsket å drøfte nærmere, blir kort gjennomgått. Det skilles mellom negative og positive reguleringsformer. De førstnevnte sikter mot å avgrense hvilke former for virksomhet som anerkjennes av samfunnet. Av slike omtales strafferettslige bestemmelser, erstatningsrettslige bestemmelser, tilbakekall av godkjenning, registreringsrett m.v. og tilsyn med faglig virksomhet. Positive reguleringsformer tar sikte på å anerkjenne eller oppmuntre til bestemte typer virksomhet. Av slike mulige former nevnes rett til registrering, mulighet for godkjenning m.v. av utøvere, rett til økonomisk tilskudd til pasient, utøver eller virksomhet, og rett til behandling.

Utvalget foreslår at kvaksalverloven oppheves og at visse strafferettslige bestemmelser som begrenser adgangen til å utøve behandlingsvirksomhet, i stedet tas inn i forslaget til ny helsepersonellov. Utvalget foreslår ikke endringer i andre strafferettslige regelsett som kan ha betydning for utøvere av alternativ medisin, for eksempel medisinallovgivningen og andre, mer generelle lover med straffebestemmelser.

Utvalget foreslår ikke endringer i erstatningsrettslige bestemmelser. Behandling hos alternativmedisinske utøvere omfattes ikke av bestemmelsen i Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Utvalget finner at en eventuell utvidelse av ordningen vil kreve en særskilt utredning. I forbindelse med forslag om registerordning for utøvere av alternativ medisin, foreslår utvalget et krav til utøverne om løpende ansvarsforsikring for å sikre skadelidte pasienter økonomisk oppgjør ved erstatningsbetingende skade.

I forbindelse med registerordningen som utvalget foreslår, vil også tilbakekall eller bortfall av registreringsrett være et virkemiddel. Tilsvarende vil tilbakekall av godkjenning/autorisasjon være et virkemiddel dersom det opprettes godkjennings-/ autorisasjonsordninger for alternativmedisinske utøvere, enten i medhold av den foreslåtte nye helsepersonelloven eller en eventuell særskilt godkjenningsordning. Spørsmålet om slike ordninger bør opprettes, er nærmere drøftet i punkt 15.4.

Utvalget foreslår ikke å utvide eller formalisere det ulovfestede tilsyn Statens helsetilsyn og fylkeslegene fører med alternativmedisinsk virksomhet. Dersom alternativmedisinske utøvere får autorisasjon etter den foreslåtte nye helsepersonelloven, vil det tilsynssystemet som gjelder for helsepersonell, automatisk gjelde. Dersom det skal opprettes særskilte godkjenningsordninger, kreves etter utvalgets mening en egen utredning, som også bør ta opp spørsmålet om tilsyn.

Regulering i form av rett til registrering eller godkjenning/autorisasjon er drøftet nærmere i punkt 15.3 og 15.4.

Tilsvarende er refusjon fra folketrygden drøftet i punkt 15.5. Utvalget har ikke funnet grunn til å foreslå eller drøfte andre lovfestede tilskuddsordninger.

Spørsmålet om det bør lovfestes en egen bestemmelse om at pasienter skal ha rett til behandling hos alternativmedisinsk utøver, behandles i punkt 14.2.3.3.

2.14.3 Andre virkemidler enn rettslig regulering

I punkt 14.3 gis en oversikt over mulige virkemidler eller tiltak av pedagogisk, organisatorisk og økonomisk art.

Av pedagogiske virkemidler er nevnt «informasjonsbank», forskningstiltak og informasjonsspredning gjennom alminnelig opplysning og utdanning.

Organisatoriske tiltak som er nevnt, er samarbeidsprosjekter lokalt, i institusjon og med henblikk på folkehelsen.

Økonomiske virkemidler kan være tilskudd til kommuner og fylkeskommuner, til allmenne informasjonstiltak, til forskningsformål, og til samarbeidsprosjekter mellom helsevesenet og alternativmedisinske behandlere.

Utvalgets forslag til tiltak som bør tas i bruk, omtales i punkt 15.6.

2.15 UTVALGETS VURDERINGER OG FORSLAG

2.15.1 Prinsipielle vurderinger

I punkt 15.1 redegjør utvalget for hvilke hensyn og forhold utvalget legger særlig vekt på i sine forslag.

Et samlet utvalg står bak de beskrivelser og vurderinger som er foretatt i kapitlene 1 til 13. Utvalgsmedlemmene har nærmet seg den felles beskrivelsen utfra forskjellige ståsteder, og har ikke alltid de samme begrunnelser for konklusjonene som trekkes på grunnlag av disse kapitler.

Utvalget vurderer hensynet til pasientenes beste, herunder hensynene til selvbestemmelse, ivaretagelse av pasienters trygghet og behov for behandling, som overordnet.

Utvalget ønsker at kunnskapen om alternativ medisin skal øke, og at pasienten gis mulighet til å dra nytte av denne kunnskapen slik at valgfriheten blir mer reell og sikkerheten for pasienten styrkes. Utvalget ønsker også tiltak som øker åpenhet og respekt mellom alternativ medisin og skolemedisin for å møte pasientens behov. Økt samarbeid kan være med å synliggjøre alternativ medisin. Noen utvalgsmedlemmer ønsker en utvikling som fremmer alternativ medisin som et komplementært tilbud til skolemedisinsk behandling, mens andre har en mer avventende holdning til hvordan utviklingen bør skje.

Andre forhold som utvalget har lagt vekt på, er de opplysninger man har om at mange mennesker oppsøker alternativmedisinske behandlere, at flertallet er fornøyd med behandlingen, samt at holdninger til alternativ medisin blant helsepersonell er i forandring fra avvisende til nøytralt aksepterende.

Tilbudet av alternativmedisinske analyser og behandlingsformer er stort og mangeartet. Det er ikke lett for pasienten å orientere seg i dette markedet, og å vite hvilke terapiformer som kan ha positiv effekt, eventuelt for hvilke lidelser, og hvilke utøvere som er seriøse. Noen utvalgsmedlemmer legger vekt på at det finnes pasienter som er blitt villedet og utnyttet i møtet med alternativ medisin.

Utvalget legger til grunn at det er i pasientenes interesse å utvide den samlede kunnskap om behandlingsmetoder. Det bør være åpenhet overfor alle seriøse forsøk på å innhente systematisk kunnskap. Forskningsmetodene må tilpasses forskningens objekt og målsetning.

Utvalget mener at behandlingsmetoder som skal tilbys av et offentlig helsevesen, bør være tilstrekkelig dokumentert som virkningsfulle og nyttige. Slik utvalget bedømmer det, er de fleste former for alternativ medisin i dag ikke tilstrekkelig dokumentert. Det er en forskningsmessig utfordring å skaffe til veie ytterligere kunnskap om alternativ medisins effekter, særlig hensett til at så mange pasienter er fornøyd med behandlingen.

Utvalget er blitt bedt om å vurdere hvilken plass alternativ medisin skal ha i tilknytning til det etablerte helsevesen i fremtiden. Utvalget vil ikke foreslå, på generelt grunnlag, å innlemme den alternative medisinen i det etablerte helsevesen. Utvalget vil heller foreslå tiltak som kan bidra til at alternativmedisinen og skolemedisinen kan nærme seg hverandre på en måte som de involverte aktører erfarer er hensiktsmessig.

Utvalgets forslag til virkemidler faller i to hovedkategorier - rettslige virkemidler og andre virkemidler, herunder organisatoriske, pedagogiske og økonomiske.

Utvalget foreslår endring av de strafferettslige begrensninger i adgangen til å ta syke i kur. Reglene foreslås tatt inn i den foreslåtte nye helsepersonelloven. Nye, mer tidsmessige lovbestemmelser kan bidra til at reglene håndheves etter intensjonene. Legemonopolet foreslås svekket for behandling av alvorlige sykdommer og lidelser, idet utvalget legger stor vekt på pasienters selvbestemmelsesrett. Utvalget foreslår videre lovregulert taushetsplikt for alternativmedisinske utøvere og en frivillig registerordning regulert i lov og forskrift, se nærmere om disse forslagene i punkt 15.2 og 15.3. Utover dette har ikke flertallet i utvalget ønsker om ytterligere lov- eller forskriftsregulering av alternativmedisinsk virksomhet på det nåværende tidspunkt.

Utvalget trekker frem andre former for virkemidler som helsemyndighetene kan og bør ta i bruk for å bidra til en utvikling med hensyn til alternativ medisin og for å øke samhandlingen mellom alternativmedisinske utøvere og det etablerte helsevesen. Etter utvalgets vurdering bør virkemidlene utformes slik at de reflekterer varierende behov, og slik at en større bredde av gode behandlingstilbud gjøres tilgjengelige. De bør være smidige og egnet til å utforske nytten av nye samarbeidsformer og alternativmedisinske behandlingsmetoder. De bør derfor være rettet inn mot konkrete prosjekter eller avgrensede forsøk og være tilpasset lokale forhold, herunder pasientenes behov og ønsker, tilgjengelige ressurspersoner og samarbeidsvilje mellom helsepersonell og alternativmedisinske behandlere. På denne bakgrunn bør disse virkemidlene ikke være av rettslig karakter, i den forstand at alternativmedisinske utøvere eller helsevesen i form av lov eller forskrift pålegges plikter eller gis rettigheter. I stedet bør det for disse formål benyttes organisatoriske, pedagogiske og økonomiske virkemidler.

2.15.2 Strafferettslig regulering

Et samlet utvalg foreslår i punkt 15.2 at kvaksalverloven oppheves og at strafferettslige bestemmelser om andre behandlere enn helsepersonell tas inn som et nytt kapittel i forslaget til ny helsepersonellov. Dette er i tråd med det som ble foreslått i Sosial- og helsedepartementets høringsnotat sommeren 1997. Utvalget finner det hensiktsmessig at kvaksalverloven erstattes av mer tidsmessige regler, som kan håndheves i tråd med de forutsetninger som ligger til grunn for reguleringen.

Utvalgets forslag innebærer også realitetsendringer såvel i forhold til dagens kvaksalverlov, og til lovforslaget i Ot.prp. nr. 13 (1998-99) om lov om helsepersonell m v, som til det nevnte høringsutkastet. Utvalget legger stor vekt på pasientenes selvbestemmelsesrett, og utvalgets forslag innebærer at alternativmedisinske utøvers adgang til å behandle pasienter med alvorlige sykdommer utvides. Behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer og alvorlige sinnslidelser foreslås forbeholdt helsepersonell, men ved andre alvorlige sykdommer foreslår utvalget at voksne personer som er kompetente til både å samtykke til og å nekte å motta skolemedisinsk behandling, selv skal kunne velge å motta alternativmedisinsk behandling uten at dette medfører straffeansvar for behandleren. For barn og andre som ikke har slik samtykkekompetanse, foreslår utvalget at alternativmedisinsk behandling ved alvorlige sykdommer kan gis straffritt dersom helsevesenet ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby. For alle vil forutsetningen være at behandlingen finner sted i samarbeid eller samforståelse med lege. Ett av utvalgets medlemmer mener adgangen for alternativmedisinske utøvere til å behandle kreft

straffritt bør begrenses til tilfeller der pasienten, kreftspesialisten og den alternativmedisinske utøver er enige.

Utvalget foreslår videre at det innføres lovbestemt taushetsplikt også for andre behandlere enn helsepersonell.

2.15.3 Registerordning

Et samlet utvalg foreslår at det opprettes et register for utøvere av alternativ medisin. Registeret skal være åpent for både helsepersonell og andre som anvender alternativmedisinske behandlingsmetoder. Hensikten med et slikt register og vilkår for registrering m.v. er drøftet i punkt 15.3.

Formålet med en registerordning er å skille mellom utøvere på grunnlag av et sett kriterier. I stortingsvedtakene som ligger til grunn for oppnevningen av utvalget, heter det at «arbeidet med å skille ut de seriøse utøvere av alternativ medisin i et eget register må intensiveres». Begrepet «seriøs utøver» og hva som ligger i dette, er ikke uproblematisk. Det samme kan sies om å etablere en registerordning som skiller mellom «seriøse» og «useriøse» utøvere.

Utvalget foreslår at kriteriene for registrering skal være at yrkesutøveren er medlem av en yrkesorganisasjon for utøvere av alternativ medisin, at vedkommende har tegnet ansvarsforsikring og kan dokumentere virksomhet siste år ved årsoppgjør/alminnelig næringsoppgave/erklæring fra arbeidsgiver. Utvalget foreslår at Sosial- og helsedepartementet skal godkjenne organisasjoner hvor medlemsskap skal gi grunnlag for registrering. Foreningen må blant annet stille faglige krav for medlemskap, ha yrkesetiske regler og en disiplinærordning for behandling av klager på medlemmers yrkesetiske atferd, med mulighet for eksklusjon, samt ha minst 30 medlemmer. Utvalget har vurdert om det bør stilles krav om minimumsutdanning i basismedisinske fag og eventuelt også den alternativmedisinske behandlingsformen, men har forkastet dette. Utvalgets forslag til lovhjemmel og forskrift om registerordning fremgår i punkt 15.3.6 og 15.3.7.

2.15.4 Godkjennings-/autorisasjonsordning

Utvalget drøfter i punkt 15.4 om det bør innføres godkjennings-/autorisasjonsordninger for utøvere av alternativ medisin. Slike ordninger vil innebære noe annet og mer enn en registerordning, med blant annet en større offentlig involvering. Det vil stilles krav til utdanning og praksis, det vil bli ført tilsyn m.v.

Utvalget påpeker at grupper av alternativmedisinske utøvere kan søke om at en autorisasjonsordning opprettes med hjemmel i den nye foreslåtte helsepersonelloven. Dersom det er behov eller grunnlag for en autorisasjonsordning, vil det være de samme hovedkriterier som bør gjøres gjeldende som for (annet) helsepersonell. Utvalget finner det unødvendig og lite hensiktsmessig å foreslå en særskilt godkjenningsordning for alternativmedisinske utøvere. En særskilt ordning vil kunne skape uklarhet og forvirring, og bidra til å opprettholde forståelsen av at det er et skarpt skille mellom slike utøvere og helsepersonell. Utvalget tar ikke stilling til om - og i såfall hvilke - grupper av alternativmedisinske utøvere som eventuelt bør gis autorisasjon etter den foreslåtte nye helsepersonellov. Lovforslaget inneholder noe om hvilke kriterier det skal legges vekt på ved søknad om autorisasjonsordning for en ny gruppe.

2.15.5 Refusjon fra folketrygden

Spørsmålet om det bør innføres en ordning med refusjon fra folketrygden ved alternativmedisinsk behandling, drøftes i punkt 15.5. Utvalgets flertall mener det ikke bør innføres en slik ordning. Det pekes på at det heller ikke ytes trygderefusjon ved behandling hos alle typer autorisert/godkjent helsepersonell. Til voksne pasienter gis for eksempel ikke refusjon ved ordinær tannbehandling. Et argument mot innføring av refusjon er også den lave grad av dokumentert effekt, se kapittel 13. Det forhold at det ikke foreligger adekvat vitenskapelig dokumentasjon for effekten av alle de skolemedisinske tiltak som det gis refusjon for, er intet argument for å utvide refusjonsordningen til å omfatte flere svakt dokumenterte behandlingsformer. Innføring av refusjon for flere typer behandling vil også øke det offentliges utgifter til helsesektoren. Utvalgets flertall mener at dersom det skal brukes offentlige midler på alternativ medisin, bør disse kanaliseres til andre tiltak enn refusjon, og først og fremst til tiltak som øker kunnskapen om alternativ medisin og bedrer samarbeidet mellom helsevesenet og utøvere av alternativ medisin. Praktisk sett vil innføring av en refusjonsordning for alternativmedisinsk behandling medføre mange og vanskelige avgrensningsproblemer.

Et mindretall foreslår at det innføres en refusjonsordning for behandling hos alternativmedisinske utøvere som er registrert i det register utvalget foreslår. Et vilkår for refusjon skal i så fall være at det er opprettet et samarbeid mellom lege og alternativmedisinsk behandler og at man erfarer at den alternativmedisinske behandlingen har positiv innvirkning på pasientens helse og helbred. Behandlingen må være av vesentlig betydning for pasientens funksjonsevne.

2.15.6 Forslag til andre virkemidler enn rettslig regulering

Utvalget foreslår i punkt 15.6 bruk av ikke-rettslige virkemidler for å øke kunnskapen om alternativ medisin og bidra til samhandling mellom alternativmedisinske utøvere og det etablerte helsevesen.

Utvalget foreslår at det opprettes en «informasjonsbank» hvor tilgjengelig kunnskap om alternativ medisin samles.

Utvalget mener at det bør settes i gang tiltak for å øke forskningsinnsatsen vedrørende alternativ medisin. Det bør tilrettelegges for et vitenskapelig forskningsmiljø for alternativ medisin, for eksempel i form av et senter for alternativmedisinsk forskning ved ett av universitetene. «Informasjonsbanken» kan eventuelt legges til dette senteret. Utvalget mener at det i tilknytning til senteret også bør vurderes å opprette et kontor som skal være ansvarlig for å formidle informasjon om forhold knyttet til alternativmedisinsk forskning og behandling.

Helsefaglige utdanninger bør omfatte en innføring i alternativmedisinske behandlingsformer m.v. slik at helsepersonell får kjennskap til feltet.

Videre foreslår utvalget at det settes av midler til samarbeidsprosjekter. Tiltakene bør være smidige, utforskende og tilpasset lokale forhold. Midlene bør fordeles av Sosial- og helsedepartementet etter søknad.

Utvalget foreslår at det settes av midler til gjennomføring av tiltak som nevnt. Samlet foreslår utvalget 100 millioner kroner over en periode på 5 år.

2.16 ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

Utvalget legger til grunn at utvalgets forslag til endringer i den strafferettslige regulering av alternativmedisinsk behandlingsvirksomhet ikke vil ha økonomiske eller administrative konsekvenser i forhold til dagens lovgivning.

Den registerordning for utøvere av alternativmedisinske behandlingsmetoder som utvalget foreslår, vil bare medføre mindre organisasjonsmessige konsekvenser for Brønnøysundregistrene. Utvalget foreslår at utgiftene ved etablering og drift av registeret dekkes inn gjennom innmeldingsgebyr og årlig avgift fra de registrerte, slik at registerordningen som utgangspunkt ikke skal ha økonomiske konsekvenser for det offentlige.

Utvalget foreslår at det avsettes et beløp på 100 millioner kroner over en femårssperiode som skal brukes først og fremst til andre virkemidler enn rettslig regulering. Dette utgjør utvalgets prioriterte satsningsområde med hensyn til alternativ medisin. Disse midlene inkluderer enkelte mindre utgiftsposter som i dag har sin plass på statsbudsjettet.

2.17 LOV- OG FORSKRIFTSUTKAST

I kapittel 17 er inntatt utvalgets merknader til de enkelte lovbestemmelser i utvalgets lovutkast.

Utvalgets lovutkast med forslag til endringer i regjeringens forslag til ny helsepersonellov i Ot.prp. nr. 13 (1998-99) fremgår i punkt 18.1. Det er i hovedsak foreslått et nytt kapittel 14 om andre behandlere enn helsepersonell. Utkastet bygger i stor utstrekning på del VI i lovutkastet i Sosial- og helsedepartementets høringsnotat sommeren 1997, men adgangen til å yte alternativmedisinsk behandling i forbindelse med alvorlige sykdommer er utvidet. Nytt er også forslag om lovfesting av taushetsplikt, og nødvendig forskriftshjemmel for en registerordning for utøvere av alternativ medisin.

I punkt 18.2 er inntatt utvalgets utkast til forskrift til registerordning for utøvere av alternativ medisin.

Vedlegg

Som vedlegg er inntatt én lov og tre lovutkast/-forslag som det ofte refereres til i utredningen. Dette er lov om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur (kvaksalverloven), Sosial- og helsedepartementets høringsutkast fra 1997 til ny helsepersonellov del VI, samt lovutkastene til ny helsepersonellov (Ot.prp. nr. 13 for 1998-99) og ny pasientrettighetslov (Ot.prp. nr. 12 for 1998-99).

Som vedlegg 5 er inntatt et engelsk sammendrag av utredningen.

KAPITTEL 3

Begrepsdiskusjon og vitenskapssyn**3.1 ALTERNATIV MEDISIN - BEGREPER**

Stortinget har bedt om en utredning av alternativ medisin. Sosial- og helsedepartementet nedsatte et utvalg, «Alternativ medisin-utvalget», for å utrede ulike sider ved alternativ medisin (jf. *"Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsmåte"* i kapittel 1). Det er sannsynlig at man har valgt betegnelsen alternativ medisin fordi den, liksom skolemedisin, er mye anvendt i Norge i dag. Det brukes imidlertid mange ulike begreper og definisjoner både nasjonalt og internasjonalt. Begrepsbruken, når den er definert og presisert, reflekterer i betydelig grad det ståsted man har i forhold til alternativ medisin.

Generelt foretrekker tilhengere medisin, skeptikere foretrekker behandling. Den norske lægeforening vedtok på landsstyremøte i 1995 konsekvent å bruke alternativ behandling og ikke alternativ medisin. Begrunnelsen var at de forbeholder seg en eksklusiv rett til å benytte begrepet medisin om det som baseres på den vitenskapelig medisinske skole. Den Norske Kreftforening brukte våren 1998 begrepet kompletterende behandling. Med kompletterende er man på linje med mange tilhengere som ofte foretrekker kompletterende medisin fremfor alternativ medisin. I EU brukes ulike uttrykk. I programmet COST B4 brukes *unconventional medicine*, i andre EU-sammenhenger *complementary medicine*. I internasjonal sammenheng og i vestlig skolemedisin brukes ofte begrepet *non-proven therapy*. American Cancer Society har følgende definisjon på alternativ medisin:

«Those diagnostic tests or therapeutic modalities which are promoted for general use in cancer prevention, diagnosis or treatment and which are on the basis of careful review of scientists or clinicians, not deemed proven or recommended for current use.»

Tilhengere bruker gjerne ord som alternativ medisin, komplementær medisin, naturmedisin, helhetsmedisin, ikke-toksisk medisin, holistisk medisin, naturlig medisin, tradisjonell medisin, og den andre medisinen.

Også blant tilhengere og utøvere er ofte komplementær behandling foretrukket, blant annet fordi medisin forbindes med medisinerer.

Skolemedisin brukes gjerne av tilhengere av alternativ medisin, mens «skolemedisinerne» selv ofte foretrekker andre begrep. Skolemedisin er i følge skolemedisinerne den medisin som er autorisert av myndighetene og som undervises på våre universiteter, noen har brukt universitets-medisin og vestlig akademisk medisin. I programnotat om forskning i alternativ medisin fra Norges Forskningsråd brukes etablert medisin og ikke-etablert medisin. Programnotatet fremhever at alternativ medisin må ses på som et alternativ til den offisielle medisin. Hva som er etablert/ikke-etablert medisin vil selvsagt variere over tid. Nylig har noen foreslått bruken moderne medisin om skolemedisin. Skolemedisinere foretrekker å bruke ord som gjenspeiler vitenskapelig dokumentasjon av behandling. En ny retning innen skolemedisin er evidensbasert medisin (engelsk: *evidencebased medicine*), som brukes om anvendelse av viten fra vitenskapelige kliniske forsøk i klinisk praksis. Deler av skolemedisinen er imidlertid i alt vesentlig erfaringsbasert og ikke basert på vitenskapelige undersøkelser.

Skillet mellom alternativ medisin og folkemedisin er ikke skarpt. Et skille kan være at i alternativ medisin er det systematisk undervisning. Folkemedisinere er

enten naturbegavelser, selvlærte, har fått sine kunnskaper gjennom familietradisjon eller har gått i lære hos en anerkjent utøver.

Noen begreper er å betrakte som brobyggere mellom de to leire. Integrert medisin (integrated medicine) brukes om praksis og utdanning der man anvender både alternativmedisinske og skolemedisinske kunnskaper.

Verken alternativ medisin eller skolemedisin er tilfredsstillende begreper. Begrepene sier mest om at skolemedisin er medisin praktisert av autoriserte utøvere, og at alternativ medisin er en sekkebetegnelse på annen behandling, ikke alltid klart avgrenset fra folkemedisin. Fordi begrepene er de vanligst brukte og derfor lett gjenkjennelige, har vi i vår fremstilling valgt å benytte terminologien alternativ medisin og skolemedisin.

Utvalget finner at begrepet «kvakksalverloven» er uheldig, ikke minst fordi det innbyr til å omtale utøvere av alternativ medisin som «kvakksalvere». Dette er den offisielle kortformen for «lov 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur». Denne kortformen benyttes blant annet i Norges Lover. Utvalget har, under tvil, funnet det riktigst i denne utredningen å benytte den offisielle kortformen til tross for at omtaleformen gir uheldige og uriktige assosiasjoner.

Et samlet utvalg mener, blant annet av denne grunn, at kvakksalverloven nå bør oppheves, og at reguleringen av den alternative medisinen bør gjøres mer tidssmessig. Disse forslagene er samlet i utredningens kapittel 15. En slik lovopphevelse er nødvendig for at det i fremtiden skal bli benyttet mer moderne og dekkende omtalebegreper for alternativmedisinske utøvere enn «kvakksalvere». Dette vil igjen gjøre det slutt på en omtale av de alternativmedisinske behandlingsformene som «kvakksalveri».

3.2 SYKDOMSBEGREPET

Hva mennesket oppfatter som sykt og friskt, og hva som forårsaker helse og sykdom, har variert opp gjennom tidene, i ulike deler av verden (jf. "[Alternativmedisins røtter](#)" i kapittel 4) og med de forestillingene og modeller vi har om mennesket som biologisk, sosialt og åndelig vesen (jf. "[Alternativmedisinske helse-, sykdoms- og forklaringsmodeller](#)" i kapittel 5). Debatt om sykdomsbegrepet er viktig i samfunnet og begrenser seg naturligvis ikke til et utvalgsarbeid om alternativ medisin. I dette punktet gis en kort omtale av eksempler på bruk av sykdomsbegreper og noen konsekvenser av denne bruken.

I folketrygdloven § 12 - 6 annet ledd heter det:

«Når det skal avgjøres om det foreligger sykdom, legges det til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Den medisinske lidelsen må ha medført en varig funksjonssnedsettelse av en slik art og grad at den utgjør hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevnen/arbeidsevnen.»

Hvis en ser bort fra plutselig, uforutsett skade på grunn av en ytre omstendighet, har det til alle tider vært en stadig endring i definisjonen av hva som er sykdom og hva som ikke er sykdom.

De parter som bruker begrepet sykdom er i hovedsak de som har tilstanden og de som behandler tilstanden. I tillegg vil myndigheter og organisasjoner som skal forholde seg organisasjonsmessig, juridisk eller finansielt til «syke» mennesker ha en oppfatning om hva sykdom er.

De mennesker som har en tilstand de kaller sykdom, vil basere sin egendiagnose i all hovedsak på hvordan de kjenner seg, hvordan de fungerer eller på synlige

tegn på at de er annerledes enn sin egen oppfatning av en frisk tilstand. Dersom normene endrer seg med hensyn til hva som er normalt, vil mennesker med tilstanden også kunne endre sin egendefinisjon: syk eller frisk. Barnløshet er et kjent eksempel på en tilstand som mennesker har omdefinert fra en skjebnevariant til en sykdom. Homofili er et eksempel på den motsatte utvikling.

For en behandler vil definisjonen ofte være knyttet til om et menneske som oppfatter seg som syk, har en sykkelig tilstand som det er mulig for behandleren å påvise. Pasientens oppfatning eller følelse av sykdom blir respektert, men behandleren har ofte en mer snever definisjon av hva som kan kalles sykelige tilstander, basert på de diagnostiske muligheter som er tilgjengelige.

For organisasjoner eller myndigheter er påvisningskravet av objektive sykdomstegn gjerne størst fordi anerkjennelse av «sykdommen» kan utløse økonomiske eller organisasjonsmessige ytelser til den enkelte.

Oppfatningen av hva som er sykdom vil kunne være så forskjellig mellom pasient og behandler at det oppstår et spenningsforhold. Pasienter kan oppleve at de kjenner seg elendige, mens behandleren formidler at de ikke lider av noen påvisbar sykdom. Behandleren kan også på grunnlag av medisinske tester påstå overfor mennesker som kjenner seg helt friske at de har en sykdom. Noen mennesker setter ikke pris på slike pådytninger av sykdom. Videre kan mennesker som har gjennomgått til dels store og vanskelige sykdomsperioder men fortsatt har betydelige tegn på sykdom, oppgi at de kjenner seg helt friske. Det går altså an å være «frisk» med en alvorlig sykdom.

Fremveksten av skolemedisinen var knyttet til oppdagelsene av mer effektiv behandling av sykdommer hvor avviket var åpenbart i forhold til det som var vanlig, og hvor konsekvensen av ingen behandling var en tidlig død. Infeksjonssykdommene er et typisk eksempel på dette. Fremveksten av alternativ medisin gjennom de siste årtier er knyttet til en rekke ulike forhold som behandling av sykdomstilstander hvor avviket ikke er åpenbart og hvor konsekvensen er redusert funksjon eller velvære mer enn økt dødsrisiko, jf. den «grønne bølge», selvutvikling og ansvar for egen helse (jf. "[Alternativmedisinens røtter](#)" i kapittel 4 og 5).

Forventningen til sykdomsfritt liv er trolig sterkt påvirket av forestillinger i tråd med WHO's helsedefinisjon som sier at helse er en tilstand av fullkommen legemlig og sjelelig og sosial velvære, ikke bare fravær av sykdom eller lyte. Dette har blant annet gjort det mulig med et stadig ekspanderende behandlingsterritorium. Enhver situasjon og tilstand som ikke oppleves som optimalt velvære, kan defineres som en behandlingstrengende tilstand. Behandlingsapparatets villighet til å lansere og markedsføre behandling er med på å understøtte denne «sykdomskolonialiseringen» av menneskers dagligliv. På dette området ser det ut til at det er liten forskjell på skolemedisin og alternativ medisin.

3.3 VITENSKAPSSYN

Den vitenskapelige forståelsen av sannhet er ikke entydig og absolutt. Dette medfører at det ikke er lett å komme frem til en allmenn enighet om alternativmedisinens betydning i forhold til skolemedisinens betydning ved hjelp av vitenskapelige metoder. Utvalget vil peke på noen sentrale punkter som fremstår som særlige utfordringer når forskningsbasert skolemedisin møter alternative terapier. Tilsvarende utfordringer finnes for øvrig også innenfor skolemedisinen når vitenskapelig etterprøvbare data og årsakssammenhenger møter individuelle erfaringer og kasuistiske observasjoner.

Det finnes ikke noen allment anerkjent definisjon på hvilke kriterier som må være oppfylt for at noe skal kunne karakteriseres som vitenskap. Svært forenklet

kan det hevdes at vitenskap er det som er basert på forskning. God forskning skal være original; den må føre frem til noe man ikke visste fra før. Den kan gjerne stille spørsmål ved og være kritisk til eksisterende kunnskap og praksis. God forskning må også kunne ha faglig eller samfunnsmessig betydning. God forskning må videre bygge på etterprøvbar argumentasjon. God forskning må også bære preg av god kjennskap til litteratur og tidligere gjennomført forskning innen det aktuelle fagområdet. Dette er krav som er aksepterte og relevante uansett fagområde og vitenskapsgren. Problemene oppstår når man skal gå dypere inn i hva som skal betraktes som etterprøvbar argumentasjon, og hvilke krav som skal stilles til argumentene og oppbygningen av argumentasjonen for å kunne trekke gyldige slutninger. Det er slike forhold som kort skal kommenteres i det følgende.

3.3.1 Vitenskap og verdier

En vitenskapsteoretisk tradisjon, opprinnelig formidlet blant annet av filosofer som Auguste Comte og Max Weber, legger til grunn at vitenskapen i seg selv ikke skal gi uttrykk for verdivalg. Etter denne tradisjonen skal vitenskapen kunne skilles tydelig fra for eksempel politisk og sosial virksomhet. Dette kan oppfattes som et sentralt grunnlag for den vitenskapsteoretiske synsmåten som blir kalt positivisme. Tradisjonell naturvitenskapelig og biomedisinsk forskning legger ofte denne synsmåten til grunn for sin virksomhet. Typisk positivistisk forskning legger også vekt på forskning som kan gis et kvantitativt (tallmessig) uttrykk. Statistiske metoder står derfor ofte sentralt i denne tradisjonen.

Til en viss grad ligger den positivistiske tradisjonen også til grunn for visse deler av samfunnsvitenskapelig forskning, for eksempel innen statsvitenskap og sosiologi. Innen samfunnsvitenskapene hadde man en heftig debatt i 1960-årene der det positivistiske vitenskapssynet ble satt opp mot fenomenologiske og hermeneutiske synsmåter. Et vesentlig poeng i debatten var om det er mulig å komme frem til en objektiv forståelse av virkeligheten. Resultatet av denne debatten ble en erkennelse av at de ulike innfallsvinklene har sine særlige sterke og svake sider, noe som gjør at de i praksis må eksistere side om side.

I vår tid er det også blitt mer og mer klart at selv forskning med et positivistisk utgangspunkt ikke kan være verdinøytral. Valg av forskningstema og utforming av forskbare problemstillinger er eksempler på noe som ofte medfører verdimeisig stillingstagen også i positivistisk forskning.

En annen tradisjon, for eksempel representert ved Hans-Georg Gadamer, tar utgangspunkt i at vitenskapen alltid bygger på en mer eller mindre kjent forståelseshorisont; en form for «ideologisk bakteppe». Dette bakteppet er det ikke mulig å befri seg helt fra. Idealet om den verdifrie vitenskapen er derfor ikke relevant i denne tradisjonen. Poenget er å være tydelig i sin beskrivelse av den tilgrunnliggende forståelsesrammen. Andre filosofer, som Jürgen Habermas, mener at man kan fri seg fra dette bakteppet gjennom en prosess som sikrer en kritisk tilnærming til den ideologien man bygger sin forskning på. Disse synspunktene finnes for eksempel igjen i den hermeneutiske vitenskapstradisjonen. Denne tradisjonen vektlegger en kritisk tolkning og forståelse av observerte fenomener og fortellinger. De forutsetninger som ligger til grunn for tolkningen, vies særlig oppmerksomhet. Dette er metodiske synspunkter som også er kjent fra teologisk forskning.

Nær opptil denne innfallsvinkelen finner vi også den fenomenologiske tradisjonen. Dette er knapt noen enhetlig tradisjon, men typisk er at den konsentrerer seg om å beskrive og analysere dagliglivets former. Fenomenologien legger til grunn at forståelsen av dagliglivets ytringsformer stadig forandres som følge av de ulike

sammenhenger man ustanselig befinner seg i. Den hermeneutiske og den fenomenologiske tradisjonen ligger til grunn for en rekke av dagens kvalitative metoder.

3.3.2 Vitenskap og sannhet

Epidemiologisk medisinsk forskning og kliniske legemiddelutprøvningsprosesser er typiske eksempler fra medisinen på forskningsmetoder som har et positivistisk grunnlag. De bygger på statistiske analyser av forhold vedrørende helse og sykdom i grupper av mennesker. Et grunnleggende prinsipp i slik forskning er at fordelingen av personer til studiegruppen (behandlingsgruppen) og kontrollgruppen skjer tilfeldig. Dette kalles randomisering. De senere årene er begrepet evidensbasert medisin (engelsk: evidence based medicine) tatt i bruk som benevnelse på medisinsk praksis som bygger på kunnskap innsamlet gjennom bruk av metoder som i det vesentlige har et positivistisk utgangspunkt.

Styrken ved de positivistisk pregede forskningsmetodene er at de gir kunnskap om forholdene i grupper av mennesker, for eksempel gjennom beskrivelser av frekvensfordelinger av sykdom og sosiale mønstre. De gir også et godt statistisk grunnlag for å forkaste hypoteser om årsaks-virkningssammenhenger. Grunnlaget slike metoder gir for å gjøre slutninger om sosiale prosesser og egenskaper hos enkeltmennesker blir derimot dårlig. I den positivistiske tradisjonen er sannhet det som kan anses som objektivt etterprøvbart. Sannheten eksisterer uavhengig av menneskets oppfattelsesevne. Forskeridealet er å være uavhengig observatør.

Forskning som for eksempel har til formål å undersøke folks sykdomserfaringer og å oppnå bedre kunnskap om hvilke mekanismer som gjør seg gjeldende for folks sykdomsforståelse, blir i dag ofte utført ved hjelp av kvalitative metoder. Slike metoder gir godt grunnlag for å komme med utsagn om samspill i sosiale prosesser. Kvalitative metoder har vist seg å være verdifulle innen for eksempel trygdemedisinsk forskning og forebyggende helsearbeid. Styrken ved slike metoder er at de gir god innsikt i de forståelsesformer og verdensbilder som gjør seg gjeldende for enkeltpersoner og grupper av personer. De gir en annen innfallsvinkel enn kvantitative metoder i arbeidet med å forkaste eller bekrefte generelle lovmessige sammenhenger. Kvalitative metoder har hittil vært betraktet som mindre betydningsfulle for bruk innen klinisk skolemedisinsk forskning, men har i de senere år blitt tillagt større betydning. Innenfor noen alternativmedisinske tradisjoner blir slike metoder tillagt større vekt i klinisk utviklingsarbeid, idet man antar at det som skjer på enkeltindividnivå også har generell relevans. Dette gjelder for eksempel deler av legemiddelutprøving («proving») i homøopatisk tradisjon. Sannhet blir i dette perspektiv det som har gyldighet i det enkelte tilfellet. Sannheten eksisterer i forhold til menneskets egen evne til handling og fortolkning. Forskeridealet er ikke bare å være tilskuer, men det åpnes også for å være deltaker i de forholdene man studerer. Dette er for øvrig et synspunkt som etter hvert også har vunnet et visst innpass blant dem som driver forskning ved hjelp av kvantitative metoder.

Ofte blir det hevdet at vitenskapens mål er å komme frem til allmenngyldige sannheter, enten disse eksisterer uavhengig av menneskets oppfattelsesevne (positivisme) eller de bygger på menneskets evne til fortolkning. Sannheten og det allmenngyldige blir da betraktet som selve kjernemålene for vitenskapelig aktivitet. I vitenskapsteorien finnes det mange innfallsporter til drøfting av sannhets- og allmenngyldighetsaspektene. De fleste av disse vil ha relevans for forskning vedrørende alternative terapitradisjoner. I det følgende skal likevel bare to innfallsporter nevnes.

Den såkalte Wienerkretsen der Rudolf Carnap står sentralt, knytter sannhetsbegrepet til en logisk argumentasjonsanalyse der sannhet kan påstås dersom man påviser logisk gyldige sammenhenger mellom meningsfulle utsagn. Dersom man

bygger på meningsløse utsagn, for eksempel slike som ikke er etterprøvbare, eller slike som ikke er deskriptive, men normative, samt dersom den logiske sammenhengen svikter, kan man ikke påstå at et forhold innebærer sannhet. Denne synsmåten, som ofte blir kallet logisk positivisme, har således som mål å bekrefte at fremsatte påstander er sanne.

I motsetning til dette står falsifikasjonskriteriet slik dette er formulert av Karl Popper. Hvordan en ny «idé» oppstår, er ikke et vitenskapelig tema for Popper. Med «idé» menes her utsagn om lovmessige sammenhenger, teorier, hypoteser eller andre påstander om sammenhenger mellom ulike faktorer. For at noe skal kunne kalles vitenskap, må det på empirisk grunnlag være mulig metodisk sett å kunne forkaste eller tilbakevise «ideen». Det er dette Popper kaller falsifikasjon. Det vesentlige for Popper er ikke å påvise at noe er sant, for det er etter hans oppfatning prinsipielt umulig, men å forsøke å bevise at det er usant.

3.3.3 Kunnskap

Popper hevder at vitenskapen gjennom systematisk arbeid gradvis bygger opp flere og flere «ideer» som kan motstå falsifikasjonsforsøk. Det er dette som etter hans mening utgjør vitenskapelig basert kunnskap.

Thomas Kuhn ser noe annerledes på dette ved at han hevder at all vitenskap blir utøvet innen faste miljøer som har sine egne tilgrunnliggende forutsetninger som ikke blir rokket ved gjennom den vanlige forskningen på det aktuelle fagområdet. En gang i mellom har det samlet seg opp så mye erfaringer fra praksis at fagmiljøene blir nødt til å forkaste slike tilgrunnliggende forutsetninger. Det er dette han kaller et paradigmeskifte.

Både Popper og Kuhn ser på kunnskap som noe som er allment tilgjengelig og forklarbart. I andre sammenhenger blir kunnskap sett på som noe som tilhører det enkelte mennesket og som ikke uten videre kan generaliseres. En eksponent for dette er Michael Polanyi som legger stor vekt på begrepet «taus kunnskap» («tacit knowledge»). I samme kategori kan man kanskje også sette Aaron Antonovsky som har introdusert begrepet «sense of coherence» i helsefremmende arbeid, for å karakterisere individuelle egenskaper som er viktige for det enkelte mennesket for å ordne sitt eget liv. Et konkret eksempel på utvikling av taus kunnskap, er det som skjer i samtalen mellom pasient og behandler. Denne samtalen vil ofte være til hjelp for pasienten for å sette ord på de plager vedkommende har og knytte disse opp til årsaksforhold som tilsynelatende har gyldighet i vedkommendes liv. Uavhengig av om slike forklaringer er sanne i absolutt og etterprøvbar forstand, vil de i følge Antonovsky være viktige hjelpemidler for den enkelte for å finne mening bak og forklaring på egne livserfaringer. Dette er fenomener som er vanskelig tilgjengelige for forskning fordi de er så nært knyttet til enkeltindivider. Og om man beskriver taus kunnskap på individnivå, er det ofte vanskelig å argumentere for at denne er generaliserbar.

Taus kunnskap har frem til vår tid vært lite påaktet som forskningstema i skolemedisinen, og dette til tross for at den individuelle tause kunnskapen utvilsomt har sterk påvirkning på enkeltmennesker og kanskje også gruppers atferd. Det er kunnskap av denne art som blir tillagt vekt i fagutvikling og forskning innen mange alternative terapitradisjoner. Det er for øvrig et åpent spørsmål hva som skjer med den tause kunnskapen når denne ikke lenger forblir «taus», men «talende» ved at den blir gjort til gjenstand for vitenskapelige studier. Mange utøvere av alternativ medisin er urolige for at forskning i seg selv vil påvirke den terapeutiske praksis i en uheldig retning.

3.3.4 Årsak-virkningsforhold

Spørsmål om sammenhengen mellom årsaker og virkninger er blant de sentrale temaene i forskning om helserelaterte fenomener. Det er allment akseptert at det ikke er nok å påvise en statistisk samvariasjon mellom to faktorer for å kunne påstå at det foreligger et årsaks-virkningsforhold. Den engelske epidemiologen A. Bradford Hill har foreslått et sett med kriterier som må vurderes før man kan tillate seg å anta at en samvariasjon skyldes et årsaks-virkningsforhold.

Jo sterkere den statistiske samvariasjonen er, jo mer trekker det i retning av et årsaks-virkningsforhold. Likeledes styrker det antagelsen dersom flere undersøkelser av samme forholdet trekker i samme retning. Dersom antagelsen passer i forhold til annen kunnskap, for eksempel innen biologi og kjemi, styrker også dette forholdet. Dersom årsak og virkning er spesifikke i forhold til hverandre, tyder det på et genuint årsaks-virkningsforhold. Dersom virkningen øker med en påvisbar regelmessighet i forhold til årsaken (dose-respons-gradient), trekker også dette i retning av et ekte årsaks-virkningsforhold. Analogi med andre kjente årsaks-virkningsmekanismer trekker i samme retning. Og dersom man har holdepunkter for lignende sammenhenger gjennom eksperimentelle studier, er det et sterkt argument for at årsaks-virkningsforholdet er ekte.

3.3.5 Konflikt mellom skolemedisinsk og alternativmedisinsk vitenskap?

Skolemedisinsk forskningstradisjon har i siste halvdel av 1900-tallet vektlagt forskning som fører frem mot allmenngyldig kunnskap om årsaks-virkningsforhold, for eksempel i form av kunnskap om sannsynligheter for utvikling av gitte sykdommer etter påvirkning av visse sykdomsfremkallende stoffer (epidemiologisk forskning) eller kunnskap om virkningen av ulike legemidler ved gitte sykdommer (forskning ved hjelp av randomiserte kliniske forsøk). Denne forskningen er utført ved hjelp av kvantitative metoder basert på et hovedsakelig positivistisk grunnsyn. I vår tid ser man at det også i skolemedisinsk forskning er en økende interesse for bruk av kvalitative metoder basert på fenomenologiske og hermeneutiske tradisjoner. Dette blir gjort for å få økt kunnskap om sykdomsoppfatning og forståelsesformer som forekommer hos enkeltpersoner eller grupper av mennesker.

Innen alternativ medisinsk forskning og fagutvikling er det en utbredt skepsis med hensyn til kvantitative metoders nytte på grunn av disse metoders begrensninger i forhold til møtet mellom den enkelte pasient og behandler. Disse metoder oppfattes gjerne som mindre relevante for å frembringe kunnskap som er av betydning for enkeltmennesker. I dette perspektiv har kunnskap som er basert på kvalitative metoder med utgangspunkt i enkeltpersoners oppfatninger og erfaringer større gyldighet. Etter hvert har det vokst frem et ønske om å teste virkningen av alternativmedisinske behandlinger også ved hjelp av kvantitative teknikker.

Samlet sett kan det synes som om i alle fall deler av forskningen innen skolemedisin og alternativ medisin er i ferd med å komme hverandre noe i møte. Hvorvidt dette vil lykkes, må antas å være avhengig av ikke minst følgende to forhold: En gjensidig respekt for hverandres tradisjoner og hva som blir sett på som grunnleggende verdier i disse tradisjonene, samt oppriktige forsøk på å stille kritiske spørsmål ved rådende tenkemåter og terapeutiske metoder.

Referanser

Bojer H. m.fl. (red): *Norsk samfunnsleksikon*. Pax Forlag 1987.

Gadamer H-G.: *Sanning og metod i urval*. Daidalos 1997.

Holgerne B.: *Brytninger i moderne vitenskapsfilosofi*. Fagbokforlaget 1997.

Korsnes O. Andersen H. Brante T. (red): *Sosiologisk leksikon*. Universitetsforlaget 1997.

Launsø L. Rieper O.: *Forskning om og med mennesker*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 1995.

Li Wan Po A.: *Dictionary of evidence-based medicine*. Radcliffe Medical Press 1998.

Molander B.: *Kunskap i handling*. Daidalos 1996.

Skjervheim H.: *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Aschehoug 1996.

Vaags R.H.: *Repetisjonshefte til ex. phil.* Fagbokforlaget 1996.

KAPITTEL 4

Alternativmedisinens røtter**4.1 INNLEDNING**

To ulike perspektiver kan hjelpe oss til å spore opp alternativmedisinens røtter. Det er for det første det kulturkomparative perspektiv. Dette dreier seg dels om å vise hvorledes oppfatninger om sykdom, helse og behandling varierer i ulike kulturelle kontekster, dels om hvordan det finnes store likhetstrekk mellom de forskjellige medisinske kunnskapstradisjoner. Det andre perspektivet som kan hjelpe oss til forståelse, er det historiske perspektivet. Dette viser hvorledes viktige premisser for det vi i dag kjenner som henholdsvis skolemedisin og alternativ medisin er blitt lagt i tidligere tider. Disse to perspektiver er uatskillelig knyttet sammen. Medisinsk kunnskap har gjennom historien dels blitt skapt lokalt gjennom menneskers erfaringer og de forklaringsmodeller disse erfaringer er blitt fortolket innenfor. Dels er den blitt til gjennom den mer utstrakte globale prosess som gjør at mennesker med ulike medisinske tradisjoner gjennom tidene, under skiftende samfunnsforhold, har møttes og utvekslet erfaringer. Den alternativmedisinske virkelighet vi har i Norge i dag er et resultat av alt dette.

Vi skiller i dette kapitlet mellom (1) folkemedisin eller etnomedisin, (2) alternativ medisin og (3) skolemedisin. Folkemedisinen er den eldste av disse og mange av dens elementer har beholdt sin opprinnelige form helt frem til vår tid. Både skolemedisinen og den alternative medisinen kan sies å ha vokst frem fra folkemedisinen.

4.2 FOLKEMEDISIN

Folkemedisin er kunnskaper, forestillinger og tradisjoner vedrørende sykdom, sykdomsforebyggelse, behandling og helbredelse som er knyttet til en bestemt folkegruppe. Slike kunnskaper og tradisjoner overføres fra generasjon til generasjon, men gjennomgår også forandringer som følge av samfunnsendringer og ved kontakt med utøvere fra andre medisinske kunnskapstradisjoner. *Etnomedisin* er en annen betegnelse som ofte brukes om det samme. Et *etnomedisinsk system* er de mønstre av sosiale institusjoner og kunnskapstradisjoner som springer ut av menneskers streben etter å bevare eller gjenvinne god helse. De er livskraftige fordi de er integrert i folks verdensbilde og bæres oppe av en logikk som er nedfelt i kulturen.

Moderne medisin kan, på tross av sin globale spredning, på et vis også forstås som et etnomedisinsk system idet den er solid forankret i vår industrialiserte verdens syn på naturvitenskapen som den eneste sanne vitenskap. Den alternative medisin slik vi kjenner den i dag i ulike avskygninger, integrerer ofte elementer fra etnomedisinske systemer (for eksempel akupunktur fra kinesisk medisin, yoga fra indisk medisin eller urter fra folkemedisinske tradisjoner). Hvorvidt enkelte alternativmedisinske retninger som for eksempel homøopati eller kinesiologi kan sies å utgjøre egne etnomedisinske systemer, er diskutabelt. De utgjør en egen medisinsk kunnskapstradisjon, men mangler for en stor del folkemedisinens lokale preg. Folkemedisinens utøvere skiller seg dermed fra de fleste alternativmedisinske utøvere ved sin kulturelle forankring.

Folkemedisinens utøvere har ervervet sine ferdigheter på mange måter. Noen har gått i lære, gjerne i flere år, og ofte ser vi at kunnskapen forvaltes av visse slekter som gjerne overfører den fra foreldre til barn. Andre hevder å ha medfødte iboende

evner til å helbrede, for eksempel ved «varme hender», mens andre igjen har fått sine evner i form av en kallelse, ofte i forbindelse med egen sykdom og helbredelse. Kristendommen brakte med seg de religiøse vekkelser som i møtet med den folkelige medisin har antatt ulike former. Her er ikke kunnskapen om medisin det viktigste, men det å formidle en kraft fra Gud. Den moderne variant av healing (jf. punkt 6.3.10) har elementer fra så vel den kristne helbredelse som fra de «varme hender». Troen på Gud er ikke nødvendigvis av betydning, men det å formidle åndelige krefter gjennom hendene. I den gamle norske folkemedisin møter vi helbredere særlig i form av de såkalte kloke koner og menn som både kan ha iboende evner og ha lært av andre (for eksempel om urtemedisin).

Folkemedisinen henter i hovedsak sin legeskunst fra to kilder, naturen og magien. Naturens spiskammer er over alt i verden fullt av planter som gjennom tidene har vist seg å være virksomme for menneskenes lidelser. Den kinesiske urtetradisjonen er knyttet til den mytiske keiser Shen Nong («Guddommelige jordbruker») som man antar ble født i det 28. århundret f.Kr. Det tidligste kinesiske verk i urtetradisjonen, «Ben Cao Jing» (urteklassiker), som omtaler 365 legeplanter, tillegges ham, men er trolig nedtegnet i det andre århundre e.Kr. I papyrus Ebers fra 1600 år før vår tidsregning omtales nesten 700 planter. Hippokrates nevner 300 medisinplanter og Pedanius Dioscorides (cirka 40-90 e.Kr.) beskriver 500 planter i sitt kjente verk «De materia medica». Munkene bevarte og overførte kunnskaper om urter til de ble fratatt retten til å ta syke i kur. Araberne brakte store kunnskaper om urter til europeisk folkemedisin. På 14- og 1500-tallet florerte urtemedisin og utvikling av farmakopeer i Europa.

Urter, eventuelt også dyreprodukter og mineraler, kan ansees å være virksomme i seg selv gjennom spising, inhalering eller påsmøring, men innenfor folkemedisinske tradisjoner henter de ofte en vesentlig del av sin kraft gjennom de ritualer som helbredelsen omgis av. Magi er de ritualer som er motivert av ønsket om å oppnå en bestemt effekt. Det snakkes gjerne om hvit og svart magi. Den hvite magi er den som hjelper, helbreder og beskytter. Den svarte magi er den som kan brukes til å skade andre eller for egen gevinst. De to er imidlertid nær knyttet sammen, og en folkelig helbreders bruk av det gode forutsetter i folks forestillingsverden oftest også kjennskap til, og kontroll over, det onde. Slik så vi det for eksempel i Europa i middelalderen.

Folkemedisinen har et vidt virkefelt. I det daglige liv gjennom tabuer og ritualer, i forebyggende øyemed og ved de naturlige milepeler i livet slik som fødsler, pubertet og død. I forhold til sykdom gjennom legeskunstens naturmedisiner og ritualer. Sykdom sees ikke på som et isolert kroppslig fenomen, men settes inn i en større sammenheng. Medisin, religion og kosmologi blir således nært knyttet sammen på en måte som skiller seg radikalt fra den sektoroppdeling vi ser i vårt moderne samfunn. På dette området har den alternative medisin mye til felles med folkemedisinen.

Når folkemedisinen (etnomedisinen) kan omtales så generelt som det vi her har gjort, skyldes det at på tross av at de ulike tradisjoner er utviklet lokalt, er det store fellestrekk som går på tvers av geografiske og kulturelle områder. For eksempel har norsk heksetro fra middelalderen mye til felles med dagens heksetro i Afrika og lignende forestillinger er beskrevet fra nær sagt alle verdenshjørner. Sjamanisme er beskrevet fra en rekke sirkumpolare folk (deriblant samer, jf. punkt 6.3.22.) så vel som fra indianerstammer i Sør-Amerika, og er som fenomen beslektet med åndemaning og åndebesettelse som finnes en rekke andre steder i verden. Det er tankevekkende at mennesker på ulike steder til ulike tider ofte har tydd til likeartede forklaringer og handlingsmåter i forhold til sine sykdommer og øvrige livskriser. Det er samtidig like viktig å kjenne til de store forskjeller som ligger i etnomedisin-

ske systemers filosofiske betraktninger og de mange måter å oppfatte sykdom og helse på.

Når vi i moderne medisinske kilder ofte ser folkemedisinen omtalt som en «irrasjonell medisin», kan dette sies å være et etnosentrisk standpunkt - sett fra vårt moderne medisinske ståsted. Tvert om er folkemedisinen høyst rasjonell og logisk for dem som bruker og utøver den, fordi den er integrert i et tros- og kunnskapsgrunnlag som de er bærere av. Den samme påstand kan fremsettes når det gjelder alternativ medisin, selv om brukerne her nok ofte i mindre grad deler kunnskap og overbevisning med behandlerne enn det som er tilfellet innen folkemedisinen.

4.3 FOLKEMEDISINTRADISJONEN I NORGE

Den norske folkemedisinen har, om man skal dømme ut fra de kilder som finnes, hatt mye til felles med folkemedisinen i andre deler av verden. Våre forfedre har vært opptatt av å leve i harmoni med seg selv, sine sosiale omgivelser og naturen omkring seg og det har vært regler for hvordan man kunne oppnå slik harmoni. Brudd på slike regler, eller tabuer, kunne føre til sykdom og annen ulykke. Magien, både den svarte og den hvite, har også hatt en fremtredende plass i folketroen.

Bente Alver peker på tre områder som det var viktig for den enkelte å være i balanse med: (1) det hellige, maktene eller Gud, (2) seg selv som mikrounivers og (3) sine medmennesker. Det fantes to viktige maktsentre i folks hverdag, nemlig de døde og de underjordiske. Disse kunne man komme til å krenke ved ikke å overholde de nødvendige forsiktighetsregler, eller man kunne komme dem i møte gjennom bestemte ritualer og dermed oppnå goder som menneskene vanligvis ikke hadde tilgang til. Draug og tusser var noe folk forholdt seg til i dagliglivet, og helt opp til våre dager har det levd mennesker som med stor overbevisning hevder å ha møtt huldra (NRK hadde for få år siden et radioprogram hvor mennesker ble intervjuet om sitt møte med huldra og de underjordiske).

Folks kroppsforståelse var selvsagt forskjellig fra den innsikt vi i dag har som følge av den moderne medisinske lære. Først på slutten av forrige århundre begynte man for eksempel å få forståelse for bakterienes rolle i sykdomsprosesser. I sitt store verk om norsk folkemedisin gir Ingjald Reichborn-Kjennerud mange eksempler på hvordan tabuforestillinger (for eksempel knyttet til livsstil eller kosthold) måtte overholdes for å oppnå god helse. Naturens spiskammer ga legemidler for både folk og fe, og bruk av legende urter har opp til våre dager særlig vært knyttet til praksisen til såkalte «kloke folk». Forestillingen om *hugen* som noe annet enn det rent kroppslige sto sentralt. Ulike tilstander i *hugen* kunne føre til sykdom og vanskelige av forskjellige slag, og i verste fall kunne atskillelsen av *hugen* fra legemet føre til alvorlig sinnslidelse. Man hadde også forestillinger om at dyr eller åndevesener kunne kripe inn i mennesket og *besette* det.

Forholdet til de sosiale omgivelser ble sett på som betydningsfullt for fortidens mennesker. Man skulle være varsom med å skille seg ut på noen måte. Dette kunne føre til misunnelse og i verste fall at man ble utsatt for hekseri eller beskyldt for å være heks. Slik sett har norsk folketro sterke fellestrekk med heksetroen mange andre steder i verden. Vi vet fra middelalderens hekseprosesser i Norge at det særlig var kvinner som ble beskyldt for å være hekser. Ofte var disse middelaldrende, enker eller enslige, og kyndige i urter og legeskunst. Disse utøverne representerte i folks bevissthet både den svarte og den hvite magien. Når det gjelder kirkens rolle i hekseprosessene, er det interessant å merke seg at den ikke, som man kanskje kunne forventet, tok avstand fra magi og heksetro som tull og overtro, men tvert om gikk inn som en aktiv part i jakten på de antatte hekser, og dermed bidro til å befeste troen på magien som reelt tilstedeværende.

Den norske folkemedisinske tradisjonen eksisterer ikke lenger som et eget medisinsk system i den forstand at den utgjør en integrert del av folks verdensbilde og sykdomsoppfatning. Deler av denne tradisjonen lever imidlertid videre som «kjerringråd» og kunnskaper om urter, særlig i vår nordlige landsdel, og denne overførte kunnskapen er i noen grad blitt tatt opp i praksisen til moderne varianter av alternativmedisinske helbredere. Dens rolle som supplement til skolemedisinen er ikke noe nytt.

4.4 MEDISINSKE KUNNSKAPSTRADISJONER UTENFOR EUROPA

Homer skrev at egypterne hadde de beste leger. Profesjonen var så utviklet at de også hadde medisinske spesialister og faste prosedyrer ved utspørring og diagnose. Selv hjerneoperasjoner er blitt utført i det gamle Egypt. Også i Babylon, Mexico, Peru, Persia, India, Kina og blant jøder, fønikere, kretere og etruskere har man funnet spor etter en systematisk utviklet legekunst. Legekunsten ble i disse kulturene ofte utført av presteskapet, og magi og ritualer utgjorde en stor del av det medisinske repertoar. Medisinens og religionens historie er nært sammenbundet. Begge søker å forsvare individet mot onde krefter.

Det var vanlig i kulturene i oldtiden å tenke seg mennesket (mikrokosmos) som en kopi av makrokosmos. Man forestilte seg at universet, naturen og mennesket bestod av et gitt antall elementer. Både i Kina, India og Hellas diskuterte man over noen århundreder om verden var bygget opp av 2, 3, 4 eller 5 slike elementer. Sykdom var ensbetydende med disharmoni i balansen eller samspillet mellom disse elementene.

En av de eldste medisinske kunnskapstradisjoner vi kjenner er ayurveda, som er nært knyttet til hinduistisk filosofi og tradisjon og skriver seg tilbake til omkring 2000 år f.Kr. i India (de tekster som dagens ayurveda bygger på er imidlertid nedtegnet en gang mellom Kristi fødsel og 1000 e.Kr.). Ayurveda betyr «kunnskapen om livet» og bygger på tanken om en balanse mellom elementer i menneskekroppen, naturen og det åndelige. Ayurvedisk medisin har tre hovedformål: å kurere sykdommer, å beskytte de friske og å forlenge livet. Helse ses på som balanse mellom tre kroppsvesker og fem vinder. Sykdom behandles ut fra prinsippet om at ulike egenskaper oppveier hverandre. For eksempel behandles en «kald» sykdom av en matvare med varme egenskaper og omvendt. Behandlingen spenner over diettforskrifter, urtemedisin, massasje, meditasjon og yoga. Ayurveda er knyttet til den hinduistiske tanken om sjelevandring og karma. Ayurveda er fortsatt en levende medisinsk tradisjon i India i dag, nå med egne universiteter og sykehus som et supplement til den moderne medisin (jf. punkt 6.3.4).

Den første dokumentasjon av en kinesisk medisinsk tradisjon skriver seg tilbake til cirka 1300 f.Kr. i form av orakelben med inskripsjoner som viser en forfedredyrkelse hvor sykdom ble tolket som uttrykk for forfedrenes misnøye. Dette har mye til felles med divinasjonsmetoder og sykdomsforklaringer som fortsatt er levende i Afrika syd for Sahara. Den tradisjon som mange i dag assosierer med tradisjonell kinesisk medisin, knytter seg til den mytiske Gule Keiseren, og verket som tillegges ham, «Huang Di Nei Jing» («Gule keisers klassiker»), en samling heterogene skrifter trolig nedtegnet i det første århundre f.Kr. Ideen om at et harmonisk samspill mellom mennesket og den ytre verden (natur og samfunn) gir fravær av sykdom, finnes representert i dette verket. Yin/yang og fem-fase inndelingen (jord, ild, metall, vann, tre) brukes for å forklare samspillet mellom aspekter ved mennesket og de ytre omgivelser (i vid forstand). Akupunktur og moksibusjon (oppvarmet kinesisk burot som brukes til å stimulere akupunkturpunkter) er de praksiser som over lengst tid og i størst grad er blitt praktisert i henhold til en slik forståelsesmod-

ell i Kina. Urtemedisin (inklusive mineraler, dyreekstrakter, menneskesubstanser) er en like gammel tradisjon, men ble først etter omkring 1200 e.Kr. forsøkt integrert i denne forklaringsmodellen. Akupunkturen ble tidlig spredd til nærliggende land og står i dag i særstilling i Korea og Japan (jf. punkt 6.3.1). Begge har over århundrene utviklet sine egne spesialiteter. Tibetansk medisin oppstod i krysning mellom kinesisk og ayurvedisk medisin i det 700 århundrede og er også nært knyttet til buddhistiske klostertradisjoner.

I Midtøsten, Pakistan og blant de muslimske befolkningsgrupper i India finner vi unanimedisin. Dette er i sin opprinnelse den gamle greske medisin (jf. "[De gamle grekernes medisin](#)" i kapittel 4.5.1) som har vandret østover (unani betyr «gresk» på arabisk), blitt tatt opp i og tilpasset den islamske lære rundt år 1000 e.Kr. Deretter spredte den seg over store deler av verden, til Europa i middelalderen, og til Latin-Amerika (med de spanske erobrerne), hvor den er blitt integrert med indiansk folkemedisin. Unanimedisin er som ayurveda og kinesisk medisin basert på en filosofi om kvalitative kategorier og balanse mellom mennesket og dets omgivelser (se gresk medisin nedenfor). Som i ayurveda klassifiseres så vel sykdommer som matvarer i henholdsvis «kalde» og «varme», og man behandler med motsetninger. Unanimedisin har i dag sine universiteter og sykehus i både India og Pakistan og virker som et anerkjent supplement til den moderne medisinen.

Det vi ser i disse få utvalgte eksemplene på etnomedisinske kunnskapstradisjoner fra Asia er en tanke om helhetsbegrep, kvalitative kategorier og sammenheng mellom mennesket og omgivelsene. Disse ideene er ført videre i vår tids alternativmedisinske terapiformer. Behandlingstradisjoner fra de store asiatiske medisinske tradisjoner er blitt integrert i så vel alternativmedisinsk som skolemedisinsk virksomhet (for eksempel akupunktur og meditasjon/yoga).

4.5 MEDISINSKE TRADISJONER I HISTORIENS EUROPA

I dette avsnittet vektlegges omtale av de forhold som er nødvendige for å forstå den alternative medisinske stilling i forhold til skolemedisinen i dag.

4.5.1 De gamle grekernes medisin

I Europa er det naturlig å trekke den medisinske historie tilbake til det gamle Hellas. Også her hadde man en medisinsk kunnskapstradisjon preget av en filosofi om kvalitative kategorier og balanse mellom menneskekroppen og de ytre omgivelser. Mest kjent for oss er grekernes kategoriinndeling i fire elementer: jord, vann, luft og ild. De fleste fenomener ble klassifisert under disse. Mennesket ble delt i fire mennesketyper, kroppen i fire organsystemer og fire væsketyper. Året ble delt i fire årstider. Hvert temperament ble forbundet med en av kroppsvæskene. Melankolikeren hadde for mye sort galle, kolerikeren for mye gul galle, flegmatikeren for mye slim og sangvinikeren for mye blod. Diagnose dreier seg kun om likevekten mellom elementene på tvers av psyke og soma, ikke om et årsaksforhold mellom dem. Derfor blir skille mellom psyke og soma uvesentlig. Behandling bestod i å balansere væskene. Sort galle ble tømt med avføringsmidler, gul galle med brekkmidler, slim eller «flegma» med slimløsende midler, som ofte var hosteløsende midler, og sist men ikke minst, blod ble trukket ut med årelating, koppesetting eller igler. Humoralpatologien eller væskebalanselæren er denne medisin også blitt kalt, og den levde i beste velgående i Europa helt opp til forrige århundre.

Mest kjent blant de greske leger er Hippokrates (cirka 460-377 f.Kr.), kalt «legekunstens far». Den Hippokratiske lege-ed er godt kjent, men ikke unik. Slike eder for leger var vanlige også i andre kulturer og kunne være eneste kriterium for

å få lov å praktisere. Hippokrates har fått æren for at han førte nedtegnelser av symptomer, forstod sykdomsårsakene som ytre faktorer, og la vekt på kroppens selvhelbredende evner. Han har uttalt at alle midler som virker ved diare også kan fremkalle diare. Dette viser at han kjente til det som senere er blitt kjent som det homøopatiske prinsipp, men i hvilken grad han brukte det er usikkert. En av hans mest siterte aforismer, ofte brukt av alternativmedisinere er: «Først ordet, så planten, til slutt kniven». Bjørn Olav Røssberg, en av homøopatiens pionerer, har tatt denne aforismen og tilpasset den dagens forhold: «Først ordet, så de forebyggende, milde metoder, de alternative metoder og til slutt før kniven, konvensjonell medisin og dens medikamenter.»

Mye av den greske medisinen ble ført videre av romerske leger. Viktigst blant disse er legen Galen (cirka 130-200 e.Kr). Han virket i Roma ved overgangen mellom storhetstiden til den greske og den romerske medisinen. Han har fått æren for humoralpatologien (basert på fire inndelinger) selv om den var en del av gresk og egyptisk medisin lenge før hans tid. Han er også kjent for prinsippet «Contraria contrariis». Dette uttrykket blir ofte satt opp mot det som homøopatien kaller «Similia similibus curentur». Galen hevdet at man motsetter seg sykdom med det motsatte, mens homøopatene hevder at man stimulerer til helbredelse med det lignende. Galens anatomi og humoralpatologi har påvirket Europas medisinske historie lenge tid enn noe annet system.

Vi kan i konflikten mellom «contraria» og «similia» spore en av de første kilder til ulikheten mellom alternativmedisinen og skolemedisinen. Galens etterfølgere og skolemedisinen har valgt å vektlegge intervensjon. Her er idealet medisinske tiltak som virker så effektivt at man har optimal kontroll. Jo kraftigere tiltak desto viktigere blir diagnosen. Vi kan gjennom historien se hvordan denne tradisjon har utviklet diagnostiske verktøy med større og større presisjon, og dermed en økende fokusering på lokalisering av sykdomsårsaker. I dag kommer dette til uttrykk i kraftige og effektive tiltak av kirurgisk og medikamentell art. Den andre tradisjonen har valgt å vektlegge kroppens selvregulerende og selvhelbredende evner. Her er idealet et så sunt legeme at man ikke kan bli syk. Denne tradisjon har gjennom historien vektlagt sunt levesett, forebyggende behandling og tiltak som stimulerer kroppens selvhelbredende evner. I Kina og India har man idag enkelte steder kombinert disse to tradisjoner ved at man bruker vestlige metoder til å stille diagnose og evaluere resultater, mens man bruker de alternativmedisinske metoder til behandling så lenge ikke tilstanden er blitt så prekær at man må inn med kraftige virkende medikamenter eller kirurgiske inngrep.

4.5.2 Middelalderen - kirke og medisin.

Medisinen i den tidlige middelalderens Europa var på mange måter preget av klostermedisinen, hvor medisin og presteskap gikk hånd i hånd. Domkirkeodden og Hovedøya er to av stedene her i landet fra denne perioden, enda beriket med urter fra de gamle klosterhagene. Munkene fungerte som terapeuter helt frem til kirkemøtet i Clermont (1095) der man forbød munkene å praktisere medisin, da det skulle være forstyrrende for et anstendig klosterliv. Munkenes rolle som terapeuter og kunnskapsbærere av medisinske tradisjoner ble nå overtatt av arabere og jøder. Disse hadde oversatt gresk medisinsk litteratur noen hundre år før og brakt den med seg til Europa og representerte et aktivt og mangfoldig medisinsk miljø. I høymiddelalderen vokser de første universiteter frem av katedralskolene. I perioden mellom 1110 og 1220 etableres de første medisinske skoler og universiteter i Salerno, Montpellier, Paris, Bologna, Oxford og Padua. Samtidig legges grunnlaget for latin som medisinsk språk. Brytningen mellom medisin og religion ble klarere og den

eksperimentelle ånd vokste frem i større grad enn før, men fortsatt var medisin, filosofi og religion nært knyttet sammen.

Skillet mellom legekunst og kirurgi oppsto i 1163 ved at kirkerådet i Tours bestemte at leger ikke lenger skulle befatte seg med kirurgi. Det skulle gå 600 år før de igjen ble forent. Nå ble kirurgien overlatt til barberere, bødler, bad-eiere, syere, slaktere med flere.

I høymiddelalderen økte mulighetene for handel for bønder og håndverkere. De gamle profesjoner knyttet til gård og familier ble nå samlet i broderskaper, kjøpmannsgilder og håndverkerlaug. Håndverkerne i laugene var ikke lenger beskyttet av lensherrer og adel, og de etablerte sine profesjonsbeskyttelser. De første medisinske profesjonslover og lover som regulerte ulike hygieniske forhold oppstod også på denne tiden. Selv om man nå fikk godkjente leger utgjorde disse en ubetydelig minoritet. De fleste oppsøkte fortsatt barberere, kloke koner og andre som tilbød medisinske tjenester.

De første europeiske sykehus kom i gang allerede på 300-tallet under keiser Konstantin. I middelalderen ser vi en ny oppsving i sykehus med utspring i Montpellier, de så kalte Hellige ånds sykehus. Til å begynne med representerte disse sykehusene veldedighet, kost og ly for syke og gamle, men de ble etterhvert mer medisinske under ordenssamfunnenes innflytelse. Johanitterordenen (senere Maltesserordenen) var den viktigste. Blant ordensmedlemmer, arabere og jøder i Spania og Frankrike florerte nye tanker og ideer. De fleste legene og helbredere kom fra disse miljøene, som etter hvert ble sett på som en trussel mot kirke og kongemakt. Her foregikk alt fra åndemaning, håndspåleggelse og bønn, til bruk av urter, årelatning og kirurgiske inngrep. I flere ordenssamfunn ble man pålagt ikke bare å hjelpe sine egne medlemmer, men også å hjelpe sine medmennesker etter beste evne økonomisk og medisinsk.

Jødene ble drevet ut av Frankrike i 1306, og fra Spania i 1492, og maurerne (araberne) ble endelig drevet tilbake fra Granada i 1502. Med dem forsvant mange av de dyktigste leger og helbredere. Den kulturelle impuls som araberverdenen hadde brakt med seg inn i Europa over Gibraltar, og som korsfarerne brakte med seg fra møtet med de mange kulturer i Jerusalem, ble effektivt stanset. Det ble forbundet med stor fare å sympatisere med de «alternative». Johanitterordenen holdt seg innenfor den aksepterte tro og ble derfor ikke angrepet. Dens arbeide gjorde at sykehusene vokste frem. Fra trettenhundretallet tok bystyrene selv over sykehusene i økende grad ved at borgerskapet skapte sine egne styreorganer, og ved at byer slo seg sammen i forbund.

4.5.3 Renessansen - Hekseprosess og modernitetens begynnelse

I renessansen ble middelalderen sett på som en mørk dyster tid da en maktsyk kirke la en kald hånd over all sann kultur. I ettertid ser vi at konfliktene mellom laug, gilder, broderskap, verdslige myndigheter og kirke representerte en endring av maktstrukturene i samfunnet. En av de viktige faktorene som muliggjorde den endrede maktstruktur, var fremveksten av pengeøkonomien. Med denne fikk borgerne en ny maktstilling i samfunnet.

Impulser som hadde ligget der fra den sene middelalder, fikk en kraftig oppblomstring med renessansen. Masseproduksjon av krutt, trykkekunsten, innføring av pengeøkonomi, oppdagelsen av sjøveiene til India og Amerika, samt tyrkernes beseiring av Konstantinopel i 1453 med den følgende flyktningestrøm av lærde grekere, er alt blitt tatt til inntekt for renessansens begynnelse. Den medisinske verden stod overfor nye sykdommer, blant de nye epidemiene skal spesielt nevnes syfilis. Hippokrates og Galen hadde ingen beskrivelser av syfilis, og man måtte i tråd

med tiden tenke nytt. Religiøse reformer og motreformer samt radikale endringer i kunsten stod i samsvar med den intense individualisme og nyrealisme som dukket opp på alle områder av samfunnet. Bondeopprør på den ene siden og en revolusjon av astronomien gjennom blant annet Copernicus på den andre siden, snudde opp ned på samfunnets struktur og virkelighetsoppfatning. Den faste jorden under menneskene ble redusert til en del av et enormt maskineri. Historikeren og legen Erwin Ackerknecht mener det er i denne omveltningen vi finner den moderne medisins kribbe. Denne perioden preges også av den kristne reformasjonen samt av faglig og ideologiske uenigheter i medisinen. Galenister og neo-galenister står mot arabere og hippokratere. Et eksempel på dette er Andreas Vesalius (1514-1564) som tok oppgjør med Galen. Han fant 200 feil i Galens anatomi og skrev på basis av sine mange og nøyaktige undersøkelser av knokler og lik en ny lærebok: «De humani corporis fabrica». Leonardo da Vinci (1452-1519) er et annet eksempel på en som bedrev anatomiske studier, og på renessansemennesket generelt. Kunst og anatomi var så nært knyttet sammen at i for eksempel Firenze tilhørte kunstnere, apotekere og leger samme laug.

Phillipus Areolus Theoprastus Bombast von Hohenheim (1493-1541), bedre kjent under navnet han selv valgte, Paracelsus, er et annet eksempel fra denne tiden. Han ble stadslege i Basel i 1527 og tok et oppgjør med Hippokrates, Galen og Avicenna ved å brenne bøkene deres. Man skulle først og fremst basere seg på empiri mente han, og bøker var dermed et hinder. Han innførte bruk av legemidler og la grunnlaget for biokjemien. Paracelsus har også lagt grunnlaget for viktige elementer i alternativmedisinen i det han flere ganger nevner bruken av og er den som har blitt tillagt formuleringen av homøopatiens hovedprinsipp: *Similia similibus curentur* (med lignende skal likt helbredes). Paracelsus er et eksempel på hvordan mange av legene i hans tid personifiserte foreningen av dagens leger og alternativmedisinere i en og samme person. Paracelsus, som på mange måter la grunnlaget for farmasi, fysiologi og biokjemi, var vitalist og følgelig overbevist om at alle kjemiske stoffer var belivet med hver sin spesielle åndskraft.

Nytenkning og reformer på den ene siden og fanatisme på den andre skapte store konflikter i denne perioden. Bitre religiøse uenigheter gjorde at man tok inkvisisjonens overvåking av arabere og jøder, samt dens bekjempelse av kjetterske tendenser fra noen få hundre år tilbake som mønster.

Dette var noe av bakgrunnen for hekseprosessene hvor tusenvis av mennesker ble brent på bål. Forfølgelsen av jøder, arabere og folk som ble stemplet som hekser, utgjorde et tilbakeskritt for de folkemedisinske/etnomedisinske tradisjonene. Som Vilhelm Schjelderup skriver i «Legekunsten på nye veier»:

«Slike dype arr har hekseprosessene etterlatt i vår medisin. Ikke bare skapte de tradisjonelle holdninger som ennå er levende innen legestanden. Men de ga også grunnlag for fordommer og tabuforestillinger som selv i dag gjenomsyrer store områder av vår legeskunst og vår medisinske forskning. Disse tabuforestillinger bestemmer faktisk fremdeles for en stor del hvilke områder av medisinen det er akseptabelt å beskjeftige seg med, og hva det ikke er god tone for en lege i det hele tatt å interessere seg for.»

Kirkens enerett på sannhet lå som en mørk skygge over utforskerånden, men observasjoner med det blotte øye kunne vanskelig bestrides. Vesalius' banebrytende arbeide innenfor anatomi, Parés reform av kirurgien og italieneren Fracastoro, som viste hvordan sykdommer spres gjennom smittestoffer, var ikke truende for kirken, og derfor blant de store fremskrittene i denne perioden. Bortsett fra disse stod utviklingen innen medisinen så godt som stille helt til opplysningstiden brøt frem.

4.5.4 Det mekaniske menneske og en systematisk sykdomsklassifisering

Alt i renessansen begynte et mekanistisk verdensbilde å vinne frem. Splittelsen mellom kropp og sjel fremheves av blant annet Descartes. Iatrokjemikere («legekjemikere») i Mellom-Europa forsøkte å bruke kjemien til å forklare kroppens funksjoner, men strandet på manglende utvikling av kjemien. Alkymistiske oppfatninger der hvert stoff ble forbundet med sjelelige kvaliteter, astrologiske relasjoner, signaturlære og symbolske forestillinger rådet enda og iatrokjemikere var stort sett, som Paracelsus, vitalister. Iatrofysikere («legefysikere») i Sør-Europa brukte fysikken til å forklare kroppens funksjoner. De lyktes godt på muskler og syn, mens forklaringene på andre områder ble absurde. Francis Bacon er kjent for sin innsats for å sikre at vitenskapelig arbeid tar utgangspunkt i eksperimenter og observasjoner. Harvey fikk takket være Francis Bacon forståelse for blodsirkulasjonen hos mennesket. Denne oppdagelsen ledet til blodtransfusjoner og muligheten for å injisere medikamenter i blodbanen allerede i midten av 1700-tallet. Utfra dette ser vi at synet på kroppen som styrt av mekaniske prosesser var i god overensstemmelse med nye oppdagelser innen astronomi og fysikk. Jorden var ikke lenger fundamentet i skaperverket, men en av flere deler av ett større maskineri. Det mekaniske synet vekket sterke reaksjoner fra vitalistene som forfektet at kroppens funksjoner ikke kan beskrives utfra kjemiske og fysiske prosesser alene. Det at kroppen animeres av en integrerende, selvhelbredende vitalkraft er tanker vi ser i mange alternativmedisinske terapiformer også i dag. Den belgiske legen Jan Baptista van Helmont (1579-1644) førte tradisjonen fra Paracelsus videre. Han tenkte seg at alt var belivet av en vital kraft som han kalte archeus. Han la hovedvekt på empiri og sa: «Jeg kjenner ikke epilepsi, lepra eller apopleksi - jeg vet bare om individer: epileptikere, spedalske, apoplektikere. Sykdom eksisterer kun som en modifikasjon av livet. Det fins ikke sykdommer, bare syke mennesker.» Denne oppfatningen er fortsatt gjeldende innenfor flere alternativmedisinske terapier. Som homøopatene ofte sier: «Vi behandler syke mennesker, ikke sykdommer».

Det som skulle vise seg å ta over var likevel at man begynte å klassifisere sykdommer og sykdommenes symptomer. Den kliniske medisinen vokste tydeligere frem. Thomas Sydenham (1624-1689) har fått mye av æren for dette. Han la stor vekt på viktigheten av kliniske observasjoner. Ideen om spesifikke midler for spesifikke sykdommer oppstår i denne perioden. Mest kjent er Sydenhams introduksjon av kinabarken ved malaria. Kinabarkens effektivitet var en viktig faktor i oppgjøret mot humoralpatologien, men representerte også begynnelsen på en mer reduksjonistisk medisin. I Descartes ånd var det om å gjøre å dele opp alle fenomener i deres enkelte bestanddeler når man skulle forstå dem. På samme måte som middelaldermennesket ikke sjekket premissene for sine oppfatninger eller sammenlignet dem med virkeligheten, spurte ikke renessansemennesket seg om validiteten av sine observasjoner. Men grunnlaget for forskning var lagt og forskerforeningene, Akademiene som de het, ble dannet og sørget for at forskningsarbeidene ble publisert.

4.5.5 Opplysningstiden

Først med opplysningstidens filosofer, Locke, Leibniz, Berkeley, Hume og Kant, kommer de nye fremskrittene. Konflikten mellom iatrofysikere og iatrokjemikere, som ble mer og mer kjemikere, på den ene siden og vitalister eller animister på den andre, kulminerer i dette århundre. Et eksempel på den ene retningen er den tyske legen Georg Ernst Stahl (1660-1734), som forklarte helse og sykdom gjennom en «sensitiv sjel», «anima», som gjennomstrømmet alle legemets deler og hindret spontan forråtnelse. Stahl var også en av tidens største kjemikere. Vitalistiskolen ble knyttet til universitetet i Montpellier, mens Pariserskolen ble dens motsetning. Et

eksempel på Pariserskolen er Friedrich Hoffmann (1660-1742), som beskrev kroppen som en hydraulisk maskin styrt av væskestrømmer i nervesystemet. Modellen var mer i tråd med samtidens tekniske fremskritt og vant større anerkjennelse enn vitalistretningen. Denne reduksjonistiske tendens hos Hoffmann fikk sitt ekstreme uttrykk da han forsøkte å redusere farmakopeen til 10-12 effektive midler. Den andre ytterlighet har vi i Boissier de Sauvages, som inspirert av Sydenham definerte og kategoriserte 2 400 sykdommer.

Selv med et stadig mer dominerende mekanistisk verdensbilde, var det mange leger som knyttet de ulike delene i maskineriet sammen med det gamle hierarkiske verdensbildet. De assosierte engler, planter, planeter, organer og meteorologiske forhold sammen i ulike systemer. Den engelske legen Robert Fludd (1574-1637) er mest kjent for sine plansjer og systemer. Han utviklet en teori om at vitalkraften kom inn i kroppen via pusten og introduserte også magneter til terapeutisk formål. Denne astrologiske medisinen ble særlig kjent gjennom den berømte urtelegen Nicholas Culpepper (1616-1654). Både hans legebok og urtebok har vært tilgjengelige helt siden førsteutgavene kom ut.

I konflikten mellom rasjonalister med en teoribasert medisin, som antok at man kunne vite noe om årsaker og sammenhenger, på den ene siden, og empiristene, som kun la vekt på å beskrive det undersøkte, på den andre, oppsto homøopatien. Den tyske legen Samuel Hahnemann (1755-1843) reagerte på sin samtids spekulative medisin. Han mente at kunnskaper om legemidlenes virkning bare kunne baseres på eksperimentelt grunnlag, og ikke på teoretisk spekulasjon. Han la med dette grunnlaget for legemiddelforsk. Hahnemann begynte også med placebokontroller, både enkle, doble og triple. Han kom gjennom sine forsøk frem til at den ikke bare mest effektive, men etter hans mening også eneste terapeutiske metode var å gi kroppen medisiner som kunne skape samme symptomsammensetning som kroppen allerede hadde. På denne måten kunne man stimulere kroppen til selv å reagere mot presis de symptomene den hadde. Hans metode spredde seg fort utover i Europa og fra Europa til Amerika og India (jf. punkt 6.3.11).

Bedre forståelse av mekanikken i legemet og studier av anatomi førte til at kirurgien blomstret opp og på ny ble tatt inn igjen i medisinen. Monarker og ministre regnet ut at det var lønnsomt å ha egne kirurger i hæren og man etablerte kirurgisk utdanning.

I 1761 publiserte Giovanni Battista Morgagni fra Padua sitt monumental verk «On the Sites and Causes of Disease». Systematikken ga boken stort gjennomslag, og en ny epoke i medisinen så sitt lys. Man skiftet fokus fra generelle tilstander i pasienten til spesifikke lokaliserte organforandringer. Auensbruggers introduksjon av perkusjon, oppdagelsen av elektriske påvirkninger på muskler og nerver, utvikling av termometer og blodtrykksmålere var med på å styrke det mekaniske menneskesyn og underbygget synet på mennesket som en komplisert maskin. Vitalistene hadde ikke tilsvarende nyvinninger, og for mange var det et enten eller og ikke et både og mellom disse to retningene. Dette menneskesynet var med på å legge grunnlaget for intervensjon og medikalisering fremfor stimulering av vitale prosesser. Samfunnsutviklingen ellers avspeiler den samme maskintendensen med økende produksjonskapasitet og industrialisering.

Opplysningstiden la grunnlaget for så vel den franske som den amerikanske revolusjonen. Man skiftet fokus fra tro på sjelen i en åndelig verden til heller å bedre forholdene i denne verden. Vær og vind hadde hatt stor betydning i de medisinske systemer som baserte seg på en filosofi om balanse og kategoriinndelinger. Også hos Hippokrates og andre autoriteter var klima sett på som en av hovedårsakene til sykdom. I opplysningstiden endret dette seg, og man begynte å betrakte de sosiale sykdomsårsaker som viktigere enn klima. Enkeltmennesket kommer mer og mer i

fokus og humanismen vokste frem. Troen på djevler og besettelse ble kraftig redusert, og dermed grunnlaget for hekseprosessene. Dette legitimerte samtidig arbeidet med sinnslidelser. Offentlig helsestell og forebyggende medisin vokste frem, blant annet gjennom bedre sykehus og økte kunnskaper om betydningen av personlig hygiene. Industrialisering, store folkemengder som bodde tett og under trange kår, ga grunnlaget for sykeforsikringsordninger. Man begynte også å ta hensyn til barn, gamle, mødre, døve, blinde og andre svakt stilte individer. Vaksinasjonsmetoden fra Kina ble tatt i bruk mot kopper. Edward Jenner (1749-1823) introduserte sin vaksine mot kopper i 1796.

4.5.6 Det 19. århundre. En sunn sjel i et sunt legeme

Industrialismens gjennombrudd og fabrikkarbeidernes harde kår er bare noen av faktorene som la grunnlaget for sosialisme og etablering av fagforeninger. Også på helsesiden økte forståelsen av sammenhengen mellom sykdom og arbeidernes boforhold, arbeidsforhold og mangelfulle kost. Helt inn i første del av vårt eget århundre var sykdom knyttet til matmangel blant arbeidere et sentralt tema også her i landet. Også innenfor den skolemedisinske tradisjonen ble sammenhengen mellom sosiale forhold, arbeidsliv og helse gitt stor oppmerksomhet. Viktige personer i dette arbeidet var blant annet Johann Peter Frank. I denne perioden ser vi også at fokuseringen på mikroskopiske prosesser øker, spesielt i arbeidet til Rudolf Virchow (1821-1902).

Romantikken og lengselen tilbake til naturen kom som en reaksjon på det nye samfunnet.

Mange leger lærte seg bruk av planter fra legfolk og tradisjonelle utøvere. Noen samlet sammen kjerringråd fra folkemedisinen. For eksempel introduserte William Withering digitalis etter å ha lært bruken av en gammel dame.

Vitalistenes ideer florerte blant leger i Europa og Amerika på denne tiden. Mange av dem arbeidet i grenselandet mellom folkemedisin, healing, religion og urtemedisin. Den tyske legen Johan Gotfried Rademacher brukte først og fremst urter i sin behandling, derimot bygget hans diagnoser på den nye fokuseringen på organene som sykdommens sete. Han utviklet en egen «organtest» som bestod i å prøve ett og ett middel med affinitet til samme organ helt til han hadde funnet det optimale midlet. Rademacher brukte som homøopaterne begrepet «genius epidemicus» knyttet til epidemiske sykdommer. Han mente at hver epidemi hadde sitt spesifikke middel, dette ville vare i noen måneder og så ville epidemien kreve en ny «genius epidemicus». I Amerika utviklet den eklektiske medisinen seg på denne tiden. Den vokse frem blant leger som hadde et ønske om å reformere medisinen til mer naturlige metoder. Eklektismen bestod i å kjenne igjen ulike mønstre av symptomer og tilstander og deres tilsvarende behandlingsopplegg. Idealet var å bruke de mest naturlige og samtidig mest effektive metoder. Mange var skeptiske til mineraler (medisiner som arsenikk, svovel og kvikksølv) og forfektet at kun urter var naturlige legemidler. Blant grunnleggerne kan nevnes Samuel Thomson og Wooster Beach, men de var ikke alene, systemet ble bygget over flere generasjoner og av mange utøvere. De så kalte rot-leger, urteleger og tradisjonelle leger var ikke klart atskilt fra eklektikerne, og mange av dem brukte homøopatiens potenseringsmetode til sine urteblandinger. De brukte relativt sterke konsentrasjoner i forhold til det som var vanlig blant homøopater. Det var store og til dels kvasse debatter mellom disse legene og legene som praktiserte homøopati. Eklektikeren James Tyler Kent (1849-1916), som konverterte til homøopati, stod sentralt i denne debatten. Han la mye av grunnlaget for den klassiske homøopati og utviklet de høye potensene som også brukes av homøopater i dag (jf. punkt 6.3.11). Debatten dreide

seg både om bruken av høypotente kontra lavpotente medisiner, fokusering på organer istedenfor hele personen og *contraria*-prinsippet versus *similia*-prinsippet. Disse konfliktene delte miljøene opp i mange grupper: leger som bare brukte lave potenser, bare høye potenser, leger som fokuserte på organer, på hele mennesket, på gjenkjennelige mønstre av symptom og plager m.m.

Homøopatene i USA hadde organisert seg i en egen forening og var en dominerende gruppe, de utgjorde 25 prosent av alle legene. De legene som var negative til homøopatien, bestemte seg for å forene sine krefter. Dette var en del av bakgrunnen for opprettelsen av den amerikanske legeforening. Leger som praktiserte eller sympatiserte med homøopatien ble nektet medlemskap. Homøopatien og andre uortodokse former for legepraksis fortsatte å vokse. Rockefeller, som var styrt av økonomiske motiver knyttet til sin farmasøytiske industri, og legeforeningen gikk sammen for å bekjempe sine konkurrenter og for å sikre en bedre utdanning av skolemedisinere i tråd med europeisk standard. Etter flere mislykkede forsøk klarte de gjennom Flexner-rapporten (Abraham Flexner), et arbeid for å standardisere universitetsutdanningen, å stenge de universitet som underviste i de «alternative metodene» eller som hadde dominans av kvinner eller svarte. De ble nektet retten til å gi legelicens og avsluttende eksaminering og mistet på denne måten sitt eksistensgrunnlag. I løpet av få år døde all undervisningen og med denne utøverne ut. I tillegg ble disse retningene svekket av indre konflikter samt lovende utvikling av farmasøytiske medisiner og mestring av smerte og infeksjon innenfor kirurgi.

Dette er også århundret da Louis Pasteur (1822-1895) og Robert Koch (1843-1910) gjør sine oppdagelser, og man finner mikroorganismene bak tuberkulose, difteri, kolera osv. Beauchamp hevdet at Pasteur, som ikke var lege, hadde stjålet hans ideer, men ikke forstått dem. Han skrev en bok om saken da han ikke vant frem på annen måte. Det vesentlige i Beauchamps arbeide var vektlegging av verten og ikke mikroorganismen. Han mente forholdene i organismen som gjorde det mulig for bakteriene å trives og mangfoldiggjøre seg, var viktigere enn selve organismen. Dette er i tråd med de fleste alternativmedisinske behandlingsmetoders oppfatning. Professor Johan Galtung har hevdet at den vesterlandske kulturs dikotomi mellom gud og djevel, det gode og det onde, gjorde at Pasteurs tanker vant frem. Kampen mot bakterier var mer i tråd med det rådende livssynet enn balansen med omgivelsene.

Mot slutten av århundret var det en oppblomstringen av teosofer, swedenborgianere og andre nye trosretninger. Mange av disse forfektet et vegetarisk kosthold, man måtte ha en sunn sjel for å få et sunt legeme og vice versa. Disse bevegelsene hadde store grupper av tilhengere, og de foretrakk de naturlige behandlingsmetodene. Homøopati, urtemedisin og hydroterapi fikk en oppblomstring og nye terapier som naturopati, kiropraktikk og osteopati ble etablert. Sunt levesett og sunn kost blir sentralt ved kurbad og blant leger i Mellom-Europa. I Sverige starter frisk-sportbevegelsen i 1903, men fikk først grobunn i Norge ved at norgesmester i turn, Odd By-Nielsen, tok initiativ til en tilsvarende bevegelse noen tiår senere. Tilsvarende var vegetarianerbevegelsen aktiv i Sverige på 1800-tallet, mens den først ble sterk her til lands i vårt eget århundre. Hans Jacob Røgler dannet i 1930 et landsforbund for vegetarianere, og Røgler-familien har båret disse tradisjonen helt frem til vår tid. Både livsstil, terapiform og livssyn som florerte i slutten av forrige århundre i Europa og Amerika har paralleller til dagens alternativbevegelse. Swedenborgs tanker om at all sykdom oppstår i de sentrale deler av vårt vesen, det mentale og emosjonelle, før det manifesterer seg i fysiologi og anatomi, ble tatt opp av mange utøvere av alternativmedisinske metoder. Disse psykologiske forklaringene var i tråd med gjennombruddet for psykologiske tilnærminger ellers i samfunnet.

Psykologiske forklaringsmodeller og teknikker har i vår tid blitt vel så viktige elementer innenfor alternativmedisinen som på alle andre samfunnsområder.

4.6 DEN NORSKE FOLKEMEDISINENS MØTE MED DEN MODERNE MEDISINEN

Med den moderne medisins fremvekst i Danmark og Norge på 1800-tallet ble den norske folkemedisin stilt overfor nye utfordringer. Olav Bø beskriver i sitt store verk om norsk folkemedisin denne konfrontasjonen mellom det offisielle og det folkelige synet på sykdom som en del av stridskomplekset embetsmann-bonde. I siste del av forrige hundreår resulterte dette i flere kvasse debatter på Stortinget.

Kvaksalverlovgivningens historie går langt tilbake. Den begynte med en forordning av 10. januar 1619 som ga leger (utdannede og godkjente Medici) enerett til å behandle innvortes sykdommer, mens andre kunne behandle sår og utvortes skader. Imidlertid skulle lege konsulteres ved alvorlige utvortes skader. Forordningen av 4. desember 1672 beholdt de samme hovedprinsipper, men ble igjen avløst av en forordning av 5. september 1794 som i praksis satte forbud mot at andre enn leger tok syke i kur.

Stortinget vedtok i 1863 å oppheve eller modifisere forbudet, men loven ble ikke sanksjonert. Det samme skjedde med en moderert versjon i 1869. I 1871 ble en ny lov vedtatt og sanksjonert (lov av 29. april 1871 om forandring i kvaksalverlovgivningen). Grunnet bøndernes store protester opphevet man kvaksalverforbudet, men satte grenser for virksomheten. Denne loven gjaldt - med mindre endringer - til den ble avløst av den nåværende kvaksalverloven i 1936 (jf. punkt 10.4.5 og vedlegg 1).

Av de 642 danske og norske leger som ble utdannet fra 1500-1800, var bare 35 (cirka 5 prosent) født i Norge. Olav Bø beskriver de få utdannede leger som praktiserte i Norge frem til 1800-tallet som en broket forsamling, mange av dem halvstuderte. Ofte var det prestene (som det fantes flere av enn legene) som praktiserte en mer eller mindre selvært medisin. Omkring 1750 var det i hele landet ikke mer enn 5 embetsleger og bare 5-6 fullt praktiserende leger i byene. I 1827 var tallet kommet opp i 120, hvorav cirka 80 i byene. Dette i seg selv skulle tilsi at på landsbygda klarte folk seg stort sett som de alltid hadde gjort, med sine folkelige helbredere og sine «kjerringråd» - som i stor grad bygget på eldgammel empirisk kunnskap. Bø peker på at naturstoffterapien som utviklet seg i medisinen fra 1500-tallet, kom til å bety mye når det gjaldt anerkjennelse av deler av folkemedisinen, fordi det etter hvert ble mer og mer om å gjøre å finne frem til innholdet i medisinske naturprodukter. Trykkekunsten gjorde det også mulig å spre kunnskap om legemidler på en mer effektiv måte enn før. I begynnelsen av forrige århundre begynte imidlertid produksjonen av de syntetiske legemidler, hvilket medførte et tilbakeslag for naturmidlene. Først med oppdagelsen av naturlig antibiotika og vitaminer og kosttilskudd har pendelen igjen begynt å svinge i favør av naturproduktene.

I Nord-Norge var legestanden så godt som ukjent frem til slutten av 1700-tallet, selv om enkelte langveisfarende sjøfolk nok hadde vært i kontakt med leger eller feltskjerere på reiser sørpå. Nordland amt fikk sin første lege i 1790, og i 1834 var det bare to leger i amtet. Lange avstander, mangel på veier og barske klimatiske forhold gjorde i seg selv at tilgjengeligheten på medisinsk hjelp i krisesituasjoner nærmest ble for ingen ting å regne for folk flest. Imidlertid hadde distriktslegene sine offisielle medhjelpere i form av sognepresten, vaksinatører eller feltskjerere som ble utstyrt med medikamenter, særlig ved de store møtene mellom langveisfarende fiskere under Lofotfisket.

Fra omkring 1850, da antallet leger begynte å øke, ble behovet for å markere seg vis à vis de ufaglærte utøvere tydeligere. Dette gjaldt imidlertid ikke bare de folkelige utøvere og «kloke» folk, men også slike som feltskjærere, bartskjærere og såkalte «omstreifere» som var kyndige i litt av hvert av helbredelseskunst. Men selv om kvaksalverloven er et uttrykk for potensielle og virkelige konflikter mellom den etablerte medisin og de folkelige utøvere, har det trolig også eksistert en viss grad av gjensidig toleranse, kanskje til og med samarbeid.

4.7 MULIGE ÅRSAKER TIL ALTERNATIVMEDISINENS FREM- VEKST

Årsakene til en økende oppmerksomhet omkring alternativ medisin i Norge i de senere år er mange og sammensatte. Vi skal her bare antyde noen av de forhold som trolig har spilt viktige roller i en slik endringsprosess:

- Den «grønne bølge»
- Økt internasjonalisering og reisevirksomhet
- Økt tilgjengelighet
- Endringer i livssyn
- Selvutvikling, ansvar for egen helse
- Spesialiseringen og teknologiseringen av den etablerte medisin

Den såkalte «grønne bølge» har sin grobunn i folks økende bevissthet om betydningen av å ivareta balansen og mangfoldet i naturen. At slike tanker også setter spor i folks måte å forholde seg til helse, sykdom og behandling på, er ikke til å undres over. I tråd med dette ser vi i dag en økende skepsis til tilsetningsstoffer i mat og øvrige miljøgifter som mennesker daglig utsettes for, og en søken etter det «naturlige» på en rekke områder, også når det gjelder helsespørsmål.

Økologisk tenkning innebærer en erkjennelse av hvordan individer, grupper og omgivelser spiller sammen, på lengere så vel som på kortere sikt. Tidlig på 1970-tallet knyttet Arne Næss den akademiske filosofi sammen med økologiske spørsmål i en dypøkologisk tenkemåte, også kalt «økosofi», hvor den grunnleggende tesen er at økonomiske vekst slik vi ser den i vår del av verden, ikke er forenlig med bevaring av økosystemet. Han etterlyste en mentalitetsendring, et totalsyn som går ut over de teknisk økonomiske betraktninger, og han ønsket å mobilisere til innsats. Erik Damman med bevegelsen «Fremtiden i våre hender» representerer på mange måter «økosofien» satt ut i praksis. Disse tankene kommer også til uttrykk i Brundtland-rapporten, hvor begrepet *bærekraftig utvikling* blir introdusert på den internasjonale dagsorden.

Det finnes imidlertid grupper, som for eksempel naturopatene og antroposofene, som har forfektet miljøbevissthet lenge før «økosofiens» tid. I slutten av forrige århundre fikk som nevnt ovenfor helsegymnastikken og den vegetariske livsstil mange tilhengere. Strømninger fra romantikken og oppblomstring av nyreligiøse retninger som teosofier, Christian Science og Swedenborgianere stod for noe av dette. Enkeltpersoner med overbevisninger om et sunt kosthold og hva det skulle innebære var også viktige faktorer. Sebastian Kneipp (1821-1897) begynte i 1848 med sine vannkurer, hydroterapien. Han brukte vann i kalde og varme bad i sin terapi. Han bestemte seg for å utvide sin terapi til områder som manipulasjon og kost, og dette førte til dannelsen av naturopati omkring 1900. Antroposofene har sin egen medisinske filosofi hvor man blant annet anbefaler biodynamisk dyrking og fraråder vaksiner, i det infeksjoner ses på som en måte å styrke kroppens eget immunforsvar. For mange andre har frykt for, eller erfaring med, bivirkninger av den moderne medisin ført til en søken etter mer «naturlige» legemidler og behan-

dlingsmåter, men ikke alltid med den nødvendige oppmerksomhet for at også slike kan ha skadelige bivirkninger. Tabloidpressen spiller her en viktig rolle med sin i blant overdimensjonerte skremsel når det gjelder farer ved moderne medisin, og like store villighet til å slå opp ulike «mirakelkurer».

Kristendommen har, med unntak av enkelte kjerneområder, mistet mye av sitt grep på den norske folkesjelen. Sykdom fører ikke lenger så lett til tanker om Guds straff for synder, og troen på at bønner fører til helbredelse står også på vaklende grunn i dag. I stedet får vi tanker om egen skyld for sykdommer på grunn av «usunn livsførsel». Det hevdes at medisinen er blitt vår tids religionserstatning i søken etter evig liv. Kanskje fyller også alternativmedisinen litt av dette tomrommet? Mens den «grønne» bølge appellerer til «det naturlige», så kan sider ved alternativmedisinen muligens også fylle et behov for «det mystiske». Vi kan nevne akupunktur eller yoga med røtter i asiatisk filosofi, og den kontakt med islamske former for medisinsk tankegang vi etter hvert får gjennom innvandringen. Deler av den «grønne bølgen» kan trolig også føres tilbake til hippie-bevegelsen fra sent på 1960- og tidlig på 1970-tallet. Med sin hyldelse til den hinduistiske guddom Krishna knyttes asiatisk filosofi og mystikk sammen med vestens «tilbake-til-naturen» ideologi. I vår tid ser vi hvordan *New Age*-bevegelsen gjenoppliver gamle religiøse former som ny-shamanisme, healing og meditasjon, og forener naturfolkenes «helhetlige» verdensbilde med en økologisk bevissthet, basert på blant annet «økosofi» og Gaia-teorien om at alt liv på jorden henger sammen slik at planeten oppfattes som én levende enhet.

Individualisme og tanken om selvrealisering er en del av vår moderne vestlige kultur, og nært knyttet sammen med dette er tanken om «ansvar for egen helse». Ut av denne springer kostholdsopplysning, trimbølger og slankekurer, men samtidig også håpet om en forlenget ungdom og tilnærmet «evig liv». Dette knytter seg igjen til «den grønne bølge» og redselen for giftstoffer samt kristendommens tap av tereng. Alternativmedisinen kommer her inn som en mulighet til selv å ta ansvar når skolemedisinen ikke strekker til. Det representerer også en frigjøring fra et hjelpeapparat som kan oppleves som avmaktsskapende og ansvarsfraskrivende.

Den økte internasjonalisering og reisevirksomhet som i dag finner sted i de brede lag av befolkningen, er også av betydning. Mennesker hører om, blir nysgjerrig på, og kanskje til og med eksponeres for alternativmedisinske tenkemåter og behandlingsformer. For eksempel er det sannsynlig at de gruppeturer Sosialistiske legers forening arrangerte til Kina på 1970-tallet var av betydning for at akupunktur senere har fått et fotfeste i norske medisinerkretser. Likeledes har såvel norske ungdommers eventuelle ønsker om å sitte ved indiske guruers føtter, som alvorlig syke menneskers anledning til å komme til utenlandske behandlingssteder blitt muliggjort ved rimelige flybilletter og økt informasjon.

Man må kunne anta at etableringen av alternativmedisinske behandlere i Norge i seg selv har en form for akselererende effekt. Tilgjengelighet fører til kunnskap og interesse for alternativmedisinske behandlingsformer. Mens alternativmedisinske behandlere tidligere først og fremst var et byfenomen, og de lokale folkemedisinere var mer benyttet på landsbygda, finner man i dag homøopater, soneterapeuter og lignende i nær sagt hvert utkantstrøk i landet vårt. For enkelte (kanskje særlig kvinner) i lokalsamfunn med få yrkesmuligheter, kan kanskje en alternativmedisinsk utdanning (som i noen tilfeller foregår ved flere kortere kurser) nettopp være et attraktivt alternativ til arbeidsløshet.

Den kanskje hyppigst brukte forklaring på alternativmedisinens fremvekst finner vi allikevel i egenskaper ved den etablerte naturvitenskapelig baserte medisin: dens økende spesialisering og vekt på teknologi, samt den moderne leges begrensede tid til den enkelte pasient. Manglende tid fører lett til utilstrekkelig infor-

masjon - noe som har vist seg å være et hovedankepunkt i befolkningsundersøkelser om folks syn på helsetjenesten utenfor sykehus. En side av dette er at det lett bygges opp urealistiske forventninger til hva legen kan gjøre. Selve skolemedisinens vellykkethet på mange områder fører til økt etterspørsel etter helsetjenester på andre områder. Nær sagt ethvert avvik fra lykke kan nå defineres som sykdom, og en manglende evne eller vilje til å se døden eller det uheldige i øynene kan føre til en søken etter alternativmedisinske behandlingsformer fra pasientens side. Den alternativmedisinske behandler ligger kanskje nærmere den gamle huslegen i sin interesse for ulike aspekter ved pasientens liv og bakgrunn, og i den tid som brukes ved den enkelte konsultasjon. Forklaringen knyttet til den moderne medisinske utilstrekkelighet kan ha mye for seg, men er alene ikke tilstrekkelig til å gi innsikt i den multifaktorielle prosess som ligger til grunn for alternativmedisinens vekst i Norge de siste tyve år.

4.8 FOLKEMEDISINEN I VERDEN I DAG

Den moderne, naturvitenskaplig baserte medisin har i dag en tilnærmet global utbredelse. Det finnes knapt et utkantstrøk eller folkegruppe som ikke på et eller annet tidspunkt har hatt kontakt med de hvite frakkene. Det kan være sporadisk, gjennom kortvarige vaksinasjonskampanjer finansiert av ulike donororganisasjoner, eller på mer regelmessig basis gjennom etablerte helseposter, sykehus eller mobile helsearbeidere. På denne måten har moderne medisin over alt i større eller mindre grad kommet i kontakt med både den etablerte etnomedisin i form av helbredere og noen steder læreseter, og den mer folkelige form slik den praktiseres av lekfolk. Utfallet av dette møtet har imidlertid vært ganske forskjellig fra sted til sted, men også med store likhetstrekk.

Syttitallets utviklingshjelp hadde en tendens til optimistisk å gå ut fra at bare man spredde det moderne medisinske budskap globalt, så ville folk endre de skikker som var uheldig for helsen og praktisere det som ut fra moderne medisinsk synspunkt var bra. Erfaringene har vist noe annet. Folkemedisinen har fortsatt, i kraft av sin kulturelle forankring, en sentral plass i menneskenes oppfatninger om sykdom og helse, og virker *sammen med* den moderne helseinformasjon inn på den forebyggende og behandlingssøkende atferd.

Samtidig med oppblomstringen av alternativ medisin i vår del av verden, har vi også sett en spredning av denne form for medisin til u-land. For eksempel kan man hos en moderne «tradisjonell» helbreder i Botswana finne urter fra Kina og homøopatiske midler fra Tyskland (bestilt per postordre gjennom sør-afrikanske aviser) i skjønn forening med selvplukkede urter, utskårede ben til å stille diagnose gjennom divinasjon (orakelsvar) og en moderne vibrerende elektrisk stol til å behandle «høyt blod». For den helbreder som integrerer disse ulike elementer i sin sykdomsoppfatning og behandlingspraksis, representerer de ingen motsetning, men et supplement til hverandre.

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har vært en sentral drivkraft i den globale spredning av naturvitenskaplig basert medisin, men har også etter hvert fått en (om enn liten) interesse for møtet med andre medisinske forståelsesmåter. Alma-Ata-deklarasjonen fra 1978 kom til å representere et sentralt veimerke i internasjonal helsetjeneste. I et møte med representanter fra 143 land ble det senere så kjente slagord «Helse for alle ved år 2000» skapt, og man vedtok de prinsipper som skulle ligge til grunn for utviklingen av en verdensomspennende plan for god primærhelsetjeneste. I artikkel VII nr. 7 i denne deklarasjonen står som følger:

«Primary health care relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers

as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.»

Vi ser altså at Alma-Ata-deklarasjonen inneholder en klar oppfordring til samarbeid. Spørsmålet vi kan stille oss er på hvilke premisser dette skal skje. Er det snakk om et likeverdig samarbeid hvor de tradisjonelle utøvere skal få praktisere på egne premisser? Eller er det snakk om en form for «misjonsvirksomhet» hvor formålet er å gjøre dem til utøvere av den moderne medisin? Elementer i teksten til artikkel VII nr. 7 kan peke i retning av det siste.

WHO's arbeid for å fremme tradisjonell medisin har siden Alma-Ata-konferansen ligget til et eget kontor i hovedkvarteret i Genève, bemannet med kun en direktør og en sekretær, og med et meget beskjedent budsjett. Kontorets arbeid hviler på en rekke resolusjoner vedtatt i Verdens Helseforsamling (resolusjonene: WHA29.72, WHA30.49, WHA31.33, WHA40.33, WHA41.19), og har følgende prioriterte områder:

- Fremme samarbeid og integrasjon av tradisjonell medisin i medlemslandenes helsesystemer
- Lage retningslinjer for, og kvalitetssikre, trening og utdanning av tradisjonelle helsearbeidere
- Fremme registrering av tradisjonelle medisinplanter globalt
- Forskning og informasjonsformidling

De erfaringer man har høstet i dette arbeidet varierer mellom ulike land og temaområder. I land i Asia (for eksempel Kina og India), hvor den tradisjonelle medisin fra gammelt av har hatt en sterk posisjon og integrasjonsprosessen var kommet langt allerede før Alma Ata-konferansen, har kvalitetssikring, trening og forskning på effekt av medisinplanter hatt høyest prioritet. I Afrika sør for Sahara er det trening av tradisjonelle jordmødre som har hatt størst suksess. Med enkle midler og kortvarig opplæring har man oppnådd å høyne den hygieniske standard på hjemmefødsler mange steder og fått en markert nedgang i stivkrampe hos nyfødte. Når det gjelder samarbeid med de tradisjonelle helbredere, har erfaringene vært mer varierte. Det er blitt oppfordret til organisering av fagforeninger for helbredere og dialoggrupper hvor moderne og tradisjonelle helsearbeidere har møttes, men etter at den første entusiasmen har gitt seg har aktiviteten på disse felter avtatt mange steder. Helbredere er blitt brukt i AIDS-forebyggende arbeid, med vanskelig målbar effekt på epidemien. Hovedproblemet har trolig vært, som antydte tidligere, at helbrederne har følt at de ikke er blitt tatt alvorlig på egne premisser, men brukt til å fremme den moderne medisins budskap. Dermed har interessen for samarbeidet avtatt hos mange. Det har også vært et problem enkelte steder at de som har spilt en aktiv rolle i fagforeninger og dialoggrupper, ikke alltid har vært de som har sittet inne med den tradisjonelle medisinske kunnskap, men mer eller mindre nybegynnere som her har sett muligheten til en god levevei. Enkelte afrikanske land (for eksempel Tanzania og Botswana) har samlet inn og gjort forskning på effekt av medisinplanter, men enda er mye ugjort på dette området.

Det faktum at WHO hittil har holdt fast ved betegnelsen «tradisjonell» medisin har vært gjenstand for diskusjon. Fra antropologisk hold hevdes det at termen er misvisende i det den gir inntrykk av noe statisk, noe uforanderlig. I virkeligheten har også slike medisinske systemer stadig vært i endring, og denne prosessen er blitt ytterligere akselerert i møtet med moderne medisin. Et annet problem er avgrensningen til alternativmedisin. Det som er «tradisjonell medisin» i et land (for eksempel akupunktur i Kina) kan være «alternativ medisin» andre steder. Hvorvidt det

faktum at WHO-kontoret for «tradisjonell» medisin inntil nylig har hatt få henvendelser fra industrialiserte land, og at regionalkontoret for Europa ikke har noe program for å følge opp resolusjonene vedrørende «tradisjonell» medisin skyldes betegnelsen, eller manglende interesse i disse landene, er det vanskelig å vurdere. I de senere år har man imidlertid opplevet at flere industrialiserte land har søkt råd i en prosess med å fremme samarbeid og eventuelt integrering mellom skolemedisin og alternativ medisin. Slik ser vi at Aarbakke-utvalgets mandat ikke er enestående for Norge, men ledd i en global prosess hvor det vi gjerne kaller «utviklingsland» til nå har tatt Verdens helseforsamlings resolusjoner mer på alvor enn i «industrialiserte land».

Referanser

Ackerknecht E.: *A Short History of Medicine*. The Johns Hopkins University Press 1982.

Alver B. G. og Selberg T.: «Det er mer mellom himmel og jord». *Folks forståelse av virkeligheten ut fra forestillinger om sykdom og behandling*. Etno-Folkloristisk institutt. Universitetet i Bergen. 1990.

Alver B.: *Diagnostikk og forestillinger om sykdomsårsaker i norsk folkemedisin*. I Alver, B. G. og Selberg T.: ... enn all din kunnskap drømmer om Horatio. Nye perspektiver i tradisjonsforskningen. Forlaget folkekultur 1990.

Anderson I. F.: *Legene med pasientens øyne*. Forbrukerrapporten, nr. 4:4-5: 1978.

Brundtland G.: *Vår felles fremtid. Verdenskommisjonen for miljø og utvikling*. Tiden Norsk forlag 1987

Bø O.: *Folkemedisin og lerd medisin*. Det norske samlaget 1972.

Coulter H.: *Divided Legacy*. Vol 1 & 2 A history of the Schism in Medical Thought. Vol 3 The conflict between homoeopathy and the American medical association. North Atlantic Books 1973.

Culpepper. *Culpeppers Complete Herbal*. English Bookprinting Limited. Særtrykk.

Damman E.: *Fremtiden i våre hender: om hva vi kan gjøre for å styrke utviklingen mot en bedre verden*. Gyldendal Norsk forlag 1974.

Danciger E.: *The Emergence of Homoeopathy. Alchemy into Medicine*. Century Paperbacks 1987.

Flagtower CD-rom: *A History of Medicine*. Flagtower 1996.

Goodrick-Clarke N.: *Paracelsus, Essential Readings*. Wellingborough. Thorsons Publishing 1990.

Ingstad B. og Møgedal S.: *Samfunnsmedisin - Perspektiver fra utviklingslandene*. Gyldendal 1992.

Ingstad B.: *Healer, Witch or Modern Health Worker? The Changing Role of Ngaka ya Setswana*. Jacobson-Widding A. og Westerlund D. (red): Culture, Experience and Pluralism. Uppsala Studies in Cultural Anthropology 1989.

Kleinman A.: *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press 1980.

Knight C. og Lomas R.: *The Hiram Key*. Mackays of Chatman plc. 1996.

Kvamme O. J.: *Innføring i alternativ medisin*. Universitetsforlaget 1996.

Larsen Ø., Alver B., Munthe E.: *Hjelp meg jeg har gikt. Holdninger og forventninger til skolemedisin og alternativ medisin*. Johs. Nordals trykkeri 1984.

Leslie C.: *Asian medical systems. A comparative study*. University of California Press 1976.

Lovelock, J.: *Vår levende jord*. Dreyer 1990.

Manning C.A. og Vanrenen L. J.: *Bioenergetic Medicines. East and West. Acupuncture and Homeopathy*. North Atlantic Books 1988.

Medisinens historie. Notabene.

Næss A.: *Økologi, samfunn og livsstil. Utkast til en økosofi*. Universitetsforlaget 1974.

Reichborn-Kjennerud I. *Vår gamle trolldomsmedisin I-V*. Det Norske Vitenskapsakademi 1928-47.

Rey R.: *The History of Pain*. Harvard University Press 1995.

Robertson R.: *Jungian Archetypes. Jung, Goedel, and the History of Archetypes*. Nicolas-Hays 1995.

Schjelderup V.: *Legekunsten på nye veier*. Cappelens Forlag 1974.

Semb-Johansson A., Lund Hansen J. og Mysterud I.: *Bred økologi. En tverrfaglig utfordring*. Cappelen 1993.

Sivin N.: *Huang ti nei ching*. Loewe M. (red): *Early Chinese Texts: A Bibliographical Guide*. Early China Special Monograph series no. 2. The Society for the Study of Early China and the Institute of East Asian Studies. University of California Press 1993.

Syse A. *Historiske streiflys på lege/pasientforholdet - medisinsketisk og rettslig*. Kjønnstad A. og Syse A.(red.): *Helseprioriteringer og pasientrettigheter*. Gylendal 1992.

Tranøy K. E.: *Fra Filosofi til Fysiologi*. Universitetsforlaget 1978.

Twentyman R.: *The Science and Art of Healing*. Billing and Son Ltd. 1989.

Wertheim M.: *Pythagoras' Trousers. God, Physics, and the Gender Wars*. Random House 1995.

Wood M.: *The Magical Staff. The Vitalist Tradition in Western Medicine*. North Atlantic Books 1992.

Aas K.: *Trekk fra Medisinens utvikling i de siste 100 år*. Fabritius Forlag 1963.

KAPITTEL 5

Alternativmedisinske helse-, sykdoms- og forklaringsmodeller**5.1 INNLEDNING**

I det følgende vil de vanligste forklaringsmodeller som brukes for å forklare de ulike virkningsmekanismer for alternativmedisinske terapier bli gjennomgått. Enkelte modeller og teorier i alternativ medisin er fra de tidligste medisinske systemer som tradisjonell kinesisk medisin og ayurveda (se "[En del alternativmedisinske behandlingsformer](#)" i kapittel 6), og andre er basert på ny teknologi i vårt eget århundre. Dette vil gi store variasjoner i de modeller vi skal se nærmere på.

5.2 DET ALTERNATIVMEDISINSKE VERDENSBILDE

Vitenskapsteoretikeren Thomas Kuhn lanserte i 1962 begrepet paradigme (jf. "[Begrepsdiskusjon og vitenskapssyn](#)" i kapittel 3). Mange alternativmedisinske utøvere hevder at man i dag er i ferd med å få et paradigmeskifte, og at konflikten mellom det gamle og det nye paradigmat speiles i motsetningene mellom den alternative medisinen og skolemedisinen. I det følgende vil ikke disse synspunktene settes opp mot hverandre. I stedet tas det sikte på å klargjøre de antakelser som legges til grunn for alternativmedisinske utøvers verdensbilde.

Først må det påpekes at på samme måte som den vitenskapelige verden ikke består av ett sett allmenngyldige sannheter som alle er enige om, er det også i alternativ medisin flere fagfelt og ulike meninger om hvilke teorier og prinsipper som er riktige. Eksempelvis vil de fleste utøverne mene at alle levende vesener gjennomstrømmes av en vitalkraft. Denne har fått ulike navn i ulike kulturer: qi, prana, dynamis, reiki, energieia osv. De egenskaper denne kraften tillegges vil variere fra en nesten maskinlignende regulering til en bevisst, intelligent, lærende og helhetlig styring av alle kroppens funksjoner og reaksjoner. Det må også påpekes at en kompleks organisme som mennesket ikke kan forklares med en enkel mekanisk modell alene. Derfor vil man ofte i mangel av evne til å danne komplekse modeller som innbefatter alle aspekter av et fenomen, dele opp i delmodeller. Det vil i det følgende ikke søkes å skille de ulike synspunkter eller klarlegge meningsuenheter, men heller søkes å samle de viktigste anskuelser som legges til grunn for alternativmedisinen hva gjelder helse, sykdom og helbredelse. Det tas ikke mål av å gi en uttømmende oppstilling over alle modeller for sykdom og helbredelse, men å beskrive de mest sentrale anskuelser som disse modellene bygger på. Selv om disse behandles som enkelttemaer i det følgende, er de hos mange utøvere ansett som integrerte aspekter av deres verdensbilde.

5.2.1 Struktur og funksjon

Forståelsen av kroppens oppbygning og funksjon er stort sett den samme i skolemedisin og i alternativ medisin. Forskjellene som er, skyldes primært at noen få gamle modeller er blitt beholdt i alternativ medisin i kraft av sin evne til å forklare visse fenomener og relasjoner. Eksempelvis er begrepet «milt» i akupunktur knyttet til flere av stoffskiftefunksjonene. Kinesere i gammel tid hadde ikke beskrevet skjoldbruskkjertelen og bukspyttkjertelen. De beskrev akupunkturpunkter som hjelper for sykdommer i disse organene, men betegnet behandlingen i disse punktene som

behandling av «milt»-problemer. Man har beholdt slik terminologi og tilsvarende modeller av praktiske hensyn som ivaretar empirisk erfaring i valget av akupunkturpunkter. Dette er i tråd med praksis hos kinesiske akupunktører som har en pragmatisk tilnærming til sine modeller. Tilsvarende er enkelte sammenhenger i flere av de gamle systemer definert i termer som kan minne om organstrukturer selv om de er å betrakte som funksjonskretser. «Den tredoble varmer» er et slikt system i akupunkturen som deler kroppen i tre funksjonsområder. Selv om det ikke er påvist tilsvarende inndeling i moderne medisin, har inndelingen klinisk hensiktsmessighet og beholdes for valg av akupunkturpunkter for bestemte symptomkomplekser.

Hva gjelder strukturer, kan man se en historisk trend som beveger seg fra makronivå til mikronivå etter hvert som den teknologiske utviklingen finner sted. Denne utviklingen har gitt grunnlaget for å forklare sykdom ut fra strukturer og funksjoner på ulike nivåer. Konstitusjonslæren som inkluderer hele mennesket ble erstattet da Morgagni (1682-1771) begynte å forklare sykdom som relatert til organer, siden kom Bichat (1771-1802), som takket være mikroskopet forklarte sykdomsprosesser ut fra vevsforandringer, mens Virchow (1821-1902) forklarte sykdom på cellenivå (jf. "[Alternativmedisinens røtter](#)" i kapittel 4). I vårt eget århundre med blant annet elektromikroskopiske teknikker er intracellulær DNA og virus oppdaget, og i større og større grad har man begynt å trekke inn elektromagnetiske fenomen. Disse fremskrittene har også påvirket alternativmedisinske metoder. Organene som sete for sykdom er sentralt i mange former for alternativ medisin, som for eksempel soneterapi, akupunktur og urtemedisin. Vev, celler og molekyler trekkes inn i forklaringsmodeller i kostholdsterapier, orthomolekylærterapi, celleterapi, celsesalterapi m.m. De siste 20 årene har vi i økende grad sett fremstilling av apparater som baserer seg på lys, elektrisitet og laser. De har funnet sin plass både som diagnoseverktøy (EKG og EEG) og i terapi med lys og laserteknikker. Disse teknikkene brukes både i skolemedisin og i alternativ medisin. Mange akupunktører bruker i dag ulike elektriske impulser og laser. Flere naturmedisinere bruker avanserte måleapparater, knyttet opp mot datateknologi for å stille diagnose og gi behandling. Disse teknologiske nyvinninger gir grunnlag for helt andre forklaringsmodeller.

Modeller som baserer seg på sammenheng mellom struktur og funksjon, brukes primært i korreksjonsterapier som osteopati, kraniosakralterapi, naprapati m.fl. og i erstatningsterapier som baserer seg på kost-, vitamin-, mineral- og sporstofftilskudd.

De siste årene har det oppstått usikkerhet om de næringsstoffene som regnes som nødvendige, er nok, eller om det i tillegg trengs levende føde. Dette har gitt opphavet til begrepet vitalstoff, som noe man får tilført når man spiser rå mat. Spørsmålet er om dette også er små kjemiske enheter, som blir ødelagt når maten behandles, eller om det er riktigere å betrakte dette som en form for vitalenergi. Oppfattelsen av kroppen som styrt av en høyere orden av vital natur, er vanlig blant alternativmedisinske utøvere. Biokjemiens modeller er ikke lenger tilstrekkelige for å forklare alle fenomen i levende vesener, og fag som biofysikk og bioenergetikk har fulgt i kjølvannet av de tekniske nyvinninger i vårt århundre.

5.2.2 Vitalkraft

Kroppens selvhelbredende og regenererende evne forklares ofte ut fra en vitalkraft. Utøverne søker gjennom sin behandling å stimulere denne dynamiske egenskapen i mennesket. Homøopater, biopater og naturopater m.fl. vil si at denne dynamiske delen av kroppens forsvarssystem gjør at kroppen søker å holde belastninger (som kan føre til sykdom) på et så ytre plan som mulig. Når kroppen svekkes og vitaliteten reduseres, klarer ikke kroppen dette, og plagene trenger dypere inn i sys-

temet. Denne oppfatningen er grunnlaget for å si at barn med atopisk eksem som utvikler høysnue og senere astma, er blitt sykere. På samme måte oppfattes fremkomst eller tilbakekomst av høysnue og eksem når man behandler astma, som positive tegn på helbredelse. Alt levende ses på som gjennomstrømmet av en vitalkraft, og derfor anbefaler man råkost fremfor bearbeidet mat og vitaminer fra levende eller organisk materiale fremfor syntetiske vitaminer. På samme måten som noen har beskrevet reduksjon av vitalkraften ved tap av såkalte vitale væsker som blod og sæd, har man også oppfattet råkost, sollys og frisk luft som bærere av vitalenergi og derfor viktige for å bygge opp helsen. Søvn, hvile og aktiviteter som yoga, meditasjon, tai chi og qi gong (jf. "*En del alternativmedisinske behandlingsformer*" i kapittel 6) menes å bygge opp vitalkraften.

Svekkelse i kroppens vitalitet tillegges større betydning enn bakterier og virus som årsaker til sykdom. Med dette forklarer man hvorfor enkelte individer går fri under en epidemi. Det faktum at mange i sin bakterieflora ulike steder i kroppen har bakterier som kan gi alvorlig sykdom, uten at de er syke, forklares på samme måte. Akutte sykdommer tolkes like mye som uttrykk for en sterkt kjempende vitalkraft som for alvorlig smitte. Kroniske sykdommer tolkes tilsvarende som en resignasjon i den samme vitalkraft. Denne oppfatningen ligger til grunn når alternativmedisinske utøvere sier at kronisk og alvorlig syke ikke så lett får milde eller akutte sykdommer. Det stilles spørsmål ved terapier som ikke stimulerer vitaliteten i kroppen, da en fjerning av symptom alene godt kan være uttrykk for en svekkelse av vitalkraften. En terapi som stimulerer vitalkraften forventes å gi sekundære gevinster som økt velvære, større overskudd osv., mens terapier som svekker vitalkraften gjør pasienten sliten og nedstemt og gir dermed grunnlag for mer alvorlig og kronisk sykdom. Korte forverringsreaksjoner tolkes som vitalitetens kamp for å gjenvinne sitt hegemoni.

Tanken om vitalitet innebærer at det fokuseres mer på hva som kan øke helsen og virke forebyggende enn hvilke mikroorganismer som forbindes med ulike sykdommer. Det er en gjengs oppfatning blant alternativmedisinske utøvere at man alltid kan styrke vitaliteten ytterligere. Dette gjør at grensen for å tilby behandling strekkes utover det å behandle en spesifikk diagnose, og at man tenker at det ved alle tilstander som et minimumsresultat bør forventes en positiv allmennrespons.

Håndspåleggere har også blitt tillagt å kunne overføre vitalkraft via sine hender, eller å kunne påvirke vitaliteten (energifeltet) til å regenerere seg selv. Den klassiske forklaringen på effekten av akupunktur følger samme modell og sier at nålstimulering får vitaliteten, qi, til å bevege seg langs meridianene (jf. punkt 5.3.1 og 6.3.1).

Vitalitetsprinsippet fikk stor aktualitet på slutten av 1700-tallet. Den gang ble det hevdet at man ikke kunne forklare kroppens funksjoner på noen annen måte. Da dette likevel skjedde, ble vitalismen tvunget på retrett. Tankene om en vitalkraft har tross dette fortsatt og har fått en ny renessanse i vår egen tid, særlig i Gaia-hypotesen om en levende jord. Teorier om selvorganisering, morfogenese (gresk, morphé = form), morfiske felt samt hypotesen om morfisk resonans søker alle å forklare de formdannende fenomener i levende organismer som noe som ikke kan reduseres. De har til felles med vitalistene at de anser disse fenomen som et uttrykk for en vitalkraft, men søker likevel å vinne over de gamle motsetningene mellom vitalisme og reduksjonisme ved å underlegge fenomenene forskning.

I vårt århundre har flere forskere involvert seg i arbeider med biologiske fenomen som ikke kan forklares ut fra biokjemiske eller biomolekylære modeller. Biofysikken har etterhvert blitt et anerkjent fag. De siste årene er det blitt utgitt bøker som bruker kvantefysikken til å forklare biologiske prosesser i cellen. Begreper som bioelektrisitet, biofotoner og biologiske felt blir introdusert for å

forklare cellulære fenomener. De fenomenene man tilla livsprosessene i det forrige århundre, har i dag i større og større grad blitt tillagt elektromagnetiske forhold.

5.2.3 Naturlighet

Begrepet naturmedisin forteller noe om en forestilling om naturlige metoder. Majoriteten av de produkter og medikamenter som ordineres, har sitt opphav fra naturen, selv om noen gjennomgår bearbeiding i ulik grad. Forbindelsen til naturen ser vi også på andre områder. De siste årene har det vokst frem et nytt begrep: darwinistisk medisin. Her søker man å forklare sykdom og tiltak ut fra det forhold at mennesket gjennom årtusener har tilpasset seg et liv som er annerledes enn det storbylivet vi på veldig kort tid har havnet i. Kostanbefalinger som «huleboerdiett» har utgangspunkt i lignende tanker.

Fokuseringen på det naturlige har ikke bare vokst frem som et ideal, men også som en reaksjon på tiltak som man mener forurenser kroppen og gir opphav til sykdom. Her har man inkludert alt fra legemidler, amalgam, konserveringsmidler og andre E-stoffer til elektromagnetisk stråling av ulike slag. Tiltakene for å korrigere forurensingen varierer fra faste, ulike drenasjeterapier, kopping og rensende dietter. Opprettelse av naturlig flora og understøttelse av dette med blant annet tilførsel av naturlige tarmbakterier, bruk av milde såper, dietter som skal minimalisere livsgrunnlaget for sykdomsfremkallende bakterier og sopp, er hyppige tiltak som foreslås av mange naturterapeuter.

Homotoksinlæren har satt mye av dette i system. Homotoksiner er sykdomsfremkallende stoffer; både eksogene giftstoffer, fremmedproteiner, mikrober og endogene stoffer som histamin og urinsyre, som dannes i kroppen og forårsaker betennelsesreaksjoner. Symptomer tolkes som uttrykk for forsvar og selvreparasjon. Man deler sykdomsstadiene i det humorale og det cellulære stadiet. Det siste er et uttrykk for at sykdommen har gått dypere inn i organismen.

Kroppens naturlige forsvar består i følge homotoksinlæren av flere system som nevralt, hormonelt, retikulo-histocytært, leveravgiftningen, bindevev og utsondringsorganene (nyrene, tarmen, lungene og huden) m.m. Siktemålet er å få kroppen til å uskadeliggjøre og kvitte seg med homotoksinene.

5.2.4 Holisme. Helhet og del

Kroppen ses på som en enhetlig helhet. Denne helheten vurderes av mange som en av egenskapene ved vitaliteten som gjennomstrømmer legemet. Ved en sykdom vurderer man lokale, allmenne og psykiske symptom som uttrykk for den samme helhet. Dette ut fra ideen om at alle symptom er manifestasjoner for en generell tilstand i en enhetlig organisme. Astma, høysnue og eksem har lenge blitt sett på på denne måten. Den moderne genforskning ser ut til å bekrefte dette. At en slik vekslings mellom ulike symptomer er uttrykk for forandring i den helhetlige helsetilstanden, tillegges ikke samme betydning i skolemedisinen. Sammenhengen mellom helhet og dens deler kommer klarest til uttrykk i ECIWO-biologien og de bioholografiske metodene. ECIWO står for Embryo Containing Information for Whole Organism. Dette er en ny biomedisinsk modell som er utviklet i Kina. Ideen her er at hele organismen finnes projisert i flere av organismens deler. Det gjelder fotsoneterapi, håndsoneterapi, øreakupunktur og auriculomedisin, skalleakupunktur, neseakupunktur og nasal refleksterapi, irisdiagnostikk og en del andre metoder (jf. *"En del alternativmedisinske behandlingsformer"* i kapittel 6). Alle disse metodene er basert på den erfaring at en sykkelig forandring i en del av kroppen gir seg utslag i den tilsvarende sone i alle de aktuelle sonesystemer, og at dette kan utnyttes både

diagnostisk og terapeutisk. Disse metodene er utviklet uavhengig av hverandre på empirisk grunnlag i forskjellige deler av verden.

Kriterier for å arbeide helhetlig kan variere. Man kan sette inn multiple tiltak for å påvirke ulike aspekter ved mennesket. Dette kan betraktes som en samlende «diagnose» eller behandling som samler ulike aspekter. Dette finner man i akupunktursens syndromer og i homøopatiens similitudo. (jf. punkt 6.3.1 og 6.3.11). Det siste krever at man generaliserer eller søker å forstå de ulike symptomer fra et høyere abstraksjonsnivå. Slik søker man å finne samlende, helhetlige begreper som beskriver pasientens tilstand. I tillegg til å være en nødvendig del av terapien medfører denne utspøringsformen at pasienten også ser sine symptomer i en større sammenheng. Dette antas å gi en større grad av orden og dermed i seg selv å kunne bidra i en positiv retning.

Holografien oppstod i fysikken, der man laget tredimensjonale bilder med laserteknikk. Det spesielle med disse bildene er at om man deler dem opp i mindre deler vil fortsatt hver av delene vise hele bildet. Muligheten av et slikt fenomen gjorde at man åpnet for tilsvarende begrepsdannelse og forklaringer av sonesystemene eller kroppens ECIWOer.

Ideen om kollektive fenomen og samhörighet har vokst frem i kjølvannet av kvantefysikken. Et avgjørende punkt var EPR-paradokset. EPR er forbokstaven til de tre fysikerne Einstein, Podolsky og Rosen som i 1935 la frem forslag til et eksperiment. Det ble først mulig å gjennomføre i 1981, og viste at man kunne påvirke utfallet av et fenomen fra et sted til et annet raskere enn det relativitetsteorien tillot (lyshastigheten). Med dette ble det slått en sprekke i lokalitetsprinsippet. Flere teorier og forsøk i slutten av vårt århundre har brutt med lokalitet som eneste forklaring på hvordan ting påvirker hverandre. Den vanligste modell i medisinen baserer seg på at et molekyl i umiddelbar nærhet av et annet gir mulighet for at de kan påvirke hverandre, men ikke når avstanden er for stor. I kvantefysikken gjelder ikke lokalitetet. Konsekvensene av dette er vanskelig å forstå intuitivt. Selvorganisering og synergi er bare de første begrepsdannelser mot en holistisk forståelse. Kjemikeren Ilya Prigogine fikk nobelprisen for sitt arbeid med dissipative strukturer. Det dreier seg i korthet om at det i et system med energigjennomstrømming kan oppstå en høyere orden, en spontan organisering. En tilsvarende form for frembrytning har vi i emergensbegrepet, som brukes for å forklare nye egenskaper som dukker opp når man forbinder enkeltelementer som ikke hver for seg kan tillegges den nye effekten. For eksempel kan man ikke forutsi de fleste av vannets egenskaper ut fra kunnskapene man har om dets byggestener hydrogen og oksygen.

Det er mange modeller som forklarer helheter og ulike deler av disse, en av de mest kjente er beskrevet av systemteoretikeren Ken Wilber. Han lanserer begrepet holon, som en helhet som igjen er del av en større holon og som i seg selv har flere mindre holoner. Han lister opp mer enn 20 ulike egenskaper ved et holon og dets relasjoner til andre holoner. Wilber trekker denne modellen utover det medisinske området ved å generalisere den som allmenngyldig modell.

I medisinen har man nærmet seg en helhetlig forståelse i møtet mellom nevrologi, endokrinologi, immunologi og psykologi. I faget psykoneuroimmunologi, PNI, ser man sammenhenger mellom disse systemene.

Feltbegrepet i fysikken ble introdusert av Michael Faraday i 1840-årene. Hver partikkel tenkes som et kvantum av vibrerende energi i et felt, elektroner er vibrasjoner i elektronfelt, protoner i protonfelt osv. Kvantefelt, elektromagnetiske felt og gravitasjonsfelt er alle ulike, men deler av feltmodellen. Man tenker seg en enhetlig, flerdimensjonal, nettinglignende forbindelse mellom alle deler av et felt. Feltet er holistisk, det kan ikke deles opp eller reduseres i mindre deler. I stedet tenker man seg atomer og elektroner som noe som dukker opp av feltet som en hvit skumdott

på bølgetoppen i et hav. Utviklingsbiologer har introdusert begrepet morfologiske felt. Disse feltene brukes til å forklare hvorfor armer og ben blir forskjellige selv om de inneholder de samme stoffer, eller til å forklare hvordan sårheling gjør at kroppen gror tilbake til den samme struktur den hadde før. Morfologiske felt brukes også som modell for å forklare kollektive fenomen blant insekter og dyr.

Kvantefysikken og oppdagelsen av kvarkene handler om at legemer atskilt fra alle andre er hovedkomponentene som bygger opp materien. Kvarker opererer ikke alene, kun kollektivt.

Modeller og teorier som trekker inn kollektiv og mer helhetlig forståelse, er et uttrykk for en ny tilnærming til naturfenomener, som enda er i en startfase.

5.2.5 Kategorier og kvaliteter

Om en akupunktør, en ayurvedisk lege, en homøopat og en skolemedisinsk lege skulle fortelle hverandre hvilken diagnose deres felles pasient hadde, ville det oppstå full begrepsforvirring. Pasienten og dennes symptomer er selvfølgelig de samme, men hvordan dette tolkes vil være ulikt. Man ville samle ulike grupper av symptomer og betegne dem som tilhørende ulike diagnoser, sykdommer, syndromer, elementer, midler eller tilstander.

Det som karakteriserer flere av de alternativmedisinske terapiene er deres tendens til å finne felles trekk i symptomene og generalisere dette. Ved å finne samlende kvalitative egenskaper i symptom og funn, regnes disse for å ha en sammenheng. For eksempel vil svie i magen, brennende føtter, rødhet på ører og kinn ses på som et uttrykk for varme eller hete, og vurderes som uttrykk for en felles underliggende dynamikk. De eldste medisinske systemer la stor vekt på slike kategorier og forbandt på denne måten psykiske og fysiske symptom med årstider, værtyper osv. I akupunktur har man for eksempel kategorisert de fleste fenomen knyttet til helse og sykdom i fem kvalitative kategorier, de såkalte fem elementer. I unanimedisinen har man valgt å bruke fire kvalitative egenskaper. Forskjellen kan illustreres ved at man tar en fargesirkel og deler den opp. Antallet en deler opp i gir ulike dynamikker (polaritet for partall og dynamikk for oddetall), men de ivaretar i begge tilfellene alle fargene.

Det er ikke uvanlig i alternativ medisin å forestille seg at balansen mellom disse kvalitative kategorier er medfødt og dermed representerer pasientens konstitusjon. Målsettingen med behandlingen er å balansere elementene og å sørge for at energien sirkulerer fra det ene til det andre på en naturlig måte uten å stagnere.

Slike terapier har ofte kartlagt mat, drikke, aktiviteter m.m. i sitt system, og vil ut fra dette anbefale hva pasienten bør unngå og hvilke tiltak som skal til for å bedre balansen. Det er altså ikke bare snakk om en balanse mellom kategoriene, men også mellom mennesket og dets omgivelser. Blant leger på 1700-tallet var denne metoden meget populær, og man brukte primært astrologiske kategorier til å plassere sykdommer, urter, mat, vær og vind og alle andre tenkelige faktorer. Man valgte da å gi pasienten råd om tiltak, og ordinerte medisin ut fra slike sammenhenger. Den mest utbredte kategoridannelsen er delingen i kaldt og varmt. I mange kulturer er det første man forteller sin terapeut om man er varm eller kald.

Slike kategorimodeller fikk forsterket sin relevans gjennom Carl Gustav Jungs arbeid med arketyper.

5.2.6 Hierarki

Den vanligste hierarkiske modell baserer seg på naturens «riker»: mineral-, plante-, dyre- og menneskeriket. I denne modellen forbindes blant annet menneskeriket

med de mentale og rasjonelle kvaliteter, dyreriket med for eksempel de emosjonelle, sansebaserte og metabolske prosesser, planteriket med blant annet respirasjon og tilheling og mineralriket med det strukturelle.

Utøverne av systemer som bygger på hierarkiske modeller, etterstreber en balanse mellom disse egenskapene i hvert menneske. For eksempel skal et menneske ideelt sett ha en lik balanse mellom mentale, emosjonelle og fysiske kvaliteter og aktiviteter. Enkelte ser hierarkimodellen som et uttrykk for at all sykdom starter i det menneskelige skikt og manifesterer seg nedover i hierarkiet. Tankemønstre og oppfatninger fører til emosjonelle reaksjoner som påvirker fysiologiske prosesser og til slutt er med på å forme den fysiske struktur. Selv om ikke alle går så langt, er det vanlig å mene at struktur følger av funksjon. Innenfor antroposofisk medisin og healing tillegges dette hierarki ulike subtile energilegemer (jf. punktene 6.3.2 og 6.3.10). Man snakker således om et fysisk legeme, et plantelegeme (eter-legeme) et dyrelegeme (astral-legeme) og til slutt et mentallegeme. Håndspåleggere og healere bruker ikke bare dette som en modell, men stiller diagnosen ved å «se» eller «føle» på endringer i farge, lysstyrke og kvaliteter i disse legemene. Oppfatningen om slike legemer (vesensledd) finnes blant annet i den gamle medisinen i India, Kina og Egypt. Begrepene legeme, sjel og ånd er de som brukes mest i vår kultur.

Andre terapier skiller mellom mentale, emosjonelle, funksjonelle og strukturelle symptom uten å tillegge det noen særlig legemlig form, men vurderer de mentale og emosjonelle som viktigst i valg av behandling. Disse bør også være de første som bedres under en behandling og de siste som fremkommer etter en belastning.

Slike modeller er gamle. Overgangen fra noe fysisk til mer subtile og energetiske kvaliteter får sitt beste eksempel når vi ser på modellen av atomet gjennom historien og faseovergangene. Faseovergangene representerer endringen mellom faststoff, væske, gass og plasma.

5.2.7 Erfaring, læring og hukommelse

Det er ikke uvanlig å anta at på samme måte som man trener muskler og hjerne, så bør kroppens selvhelbredende evner også trenes. Spesielt er dette viktig i barndommen. Det er vanlig blant alternativmedisinske utøvere å se på barnesykdommer som en positiv mulighet til å utvikle et sterkt immunforsvar. Det å overvinne en sykdom hindrer den i å komme tilbake. Utøverne vil hevde at det er gjennom motstand man blir sterkere. Dette bruker man også til å forklare resistensutvikling hos bakterier, de blir sterke av å brynes mot antibiotika. Når kroppen har lært å takle sykdom, husker den dette og står bedre rustet senere i livet. Sykdommer som ikke er overvunnet, og traumer som ikke er blitt fullstendig leget, antas å sitte i et minne. Når kroppen blir stimulert til selv å overvinne sykdom og vitaliteten økes, tar den fatt i slike minner. Forverringsreaksjoner og tilbakevending av gamle plager og symptom under behandling ses på som et uttrykk for en riktig utvikling og dermed en tilfriskning. Denne modellen brukes også til å forklare hvorfor sykdommer «huskes» i de ulike soner i kroppen. Når disse reflekssonerområdene stimuleres, så reaktiveres det uforløste traumet.

Det er stilt opp modeller for ulike stadier av utvikling. Her vil stagnasjon for eksempel på grunn av traumer søkes forløst. Dette kan gjøres via kunstterapi eller ved dyp-massasje som i rolfling for å komme i kontakt med spenningene. Også lett massasje på bestemte fotsoner brukes til dette i metamorfosebehandling. Både Alexanderteknikk og Feldenkrais er opptatt av læring gjennom bevegelsesøvelse og posisjonsøvelser (jf. punkt 6.3.25.1 og 6.3.25.3).

5.2.8 Formål og mening

Formålsbestemthet i motsetning til tilfeldighet, er en tanke som også er sterk blant enkelte utøvere. De fleste oppfatter at kroppens arbeid for å motarbeide sykdom styres på en vis måte som man skal respektere og heller støtte enn å søke å dominere. Noen går lengre, og vurderer sykdom som en læreprosess. Når man har mestret problemet, blir man frisk. Ideen om at tilværelsen er meningsfull og ikke meningsløs legges til grunn. Blant alternativmedisinske utøvere kan en finne stor variasjon i holdningen til disse synspunktene fra total avvisning til full aksept. De store variasjonene kan ha sammenheng med at man nærmer seg livssynsområdet i større grad enn for mange av de andre modellene.

5.2.9 Konstitusjon

Læren om ulike konstitusjoner har vært brukt i psykologi, skolemedisin og alternativ medisin i 2 000 år. Her er det ikke uvanlig å snakke om inndelinger ut fra et gitt antall kategorier. Mest kjent er den greske inndelingen i kroppens fire væsker. Hvilke av disse som dominerte ble vurdert som årsaken til at man ble sangviniker (for mye blod), flegmatiker (for mye slim), koleriker (for mye gul galle), melankoliker (for mye sort galle). Disse begrepene brukes den dag i dag. I akupunktur snakker man om levertyper og lungetyper osv. I homøopatien snakker man for eksempel om en pulsatilla-konstitusjon eller nux vomica-konstitusjon avhengig av hvilket middel pasienten trenger. Det er kun midler som virker ved mange tilstander og over flere år som regnes som pasientens konstitusjonsmiddel. Konstitusjonen skal gi grunnlaget for sykdomsdisposisjon, tilbøyeligheter, toleranser m.m.

5.3 AKUPUNKTUR OG HOMØOPATI

I det følgende gjennomgås forklaringsmodeller knyttet til akupunktur og homøopati. Valget av disse begrunnes blant annet i fagenes utbredelse og antall utøvere.

5.3.1 Akupunktur

Forklaringsmodellene for akupunktur kan deles i de gamle tradisjonelle og de moderne vitenskapelige. De gamle modellene består av et integrert system med vekt på klinisk erfaring. De moderne forklaringene kan gi akupunkturen en vitenskapelig aksept og bidra til å bygge bro mellom akupunktur og skolemedisin. Den mest kjente anvendelse av akupunktur knytter seg til smertebehandling, selv om dette er et lite område i klinisk akupunktur. Man har påvist produksjon av endorfiner (kroppens egne morfinstoffer) og sperring av smerteimpulser ved akupunktur. Det er også vist en økt blodgjennomstrømning i perifere kar nær de akupunkturpunktene som brukes. Oppdagelsen av akupunkturs virkning på opioide peptider kan være interessant. Disse stoffene er med i regulering av blant annet blodgjennomstrømning, temperaturregulering, fordøyelse og oppfatning av smerte.

Akupunkturpunktene sammenfaller med musklens motorpunkt og nervebaner er blitt brukt til å forklare påvirkning på sentralnervesystemet. Denne påvirkning samt stimulering av somatiske nervefibre, vil utfra psykoneuroimmunologien, kunne forklare flere av akupunkturs effekter (jf. punkt 13.3.1). Det er også fremsatt teorier som baserer seg på elektriske ledningsbaner i den ekstracellulære væsken. I henhold til disse teoriene finnes det et reguleringssystem i kroppen av elektrisk natur. Mikrosystemene i akupunkturformer som øre-, hånd- og skalleakupunktur forklares utfra det bioholografiske system som ECIWOer.

Mye av akupunkturens aksept skyldes at man har funnet forklaringsmodeller som er lette å forstå og i stor overensstemmelse med de modeller som brukes i skolemedisinen.

5.3.2 Homøopati

Homøopatiens forklaringsmodell baserer seg på likhetsloven. Homøopater betrakter denne loven som et universalprinsipp. I fysikken tilsvarer den resonansloven, som forklarer at en radio kan ta imot bølger fra en sender når de er innstilt på samme bølgelengde. Pedagogisk brukes prinsippet når foreldre svarer barn som ikke vil på skolen, med: «jeg tror du skal slutte å gå på skolen» (Summerhill-konseptet). Målet er å få motreaksjonen fra barnet selv. I psykologien brukes prinsippet blant annet i de «paradoksale strategier», som ble utviklet av psykologen Jay Haley. Her forsterker man for eksempel vrangforestillinger til de blir absurde. I medisinsk diagnose brukes resonanse i NMR, Nuclear Magnetic Resonance. Homøopater legger til grunn for sin behandling at når man gir et stoff som kan frembringe symptomer som ligner mest mulig på de pasienten har, så stimulerer man kroppen til å reagere mot nettopp disse symptomene. Jo likere medisinen symptombilde er kroppens symptombilde, desto mindre skal det til for å få en reaksjon i henhold til homøopatien (jf. punkt 6.3.11).

Den mest debatterte av alle alternativmedisinske forklaringsmodeller er de homøopatiske seriefortynningene, kalt potenser. Kritikerne hevder at disse ut fra Avogadros lov ikke kan inneholde noe virksomt stoff. Kritikken bygger på antakelsen av at materien består av små atskilte enheter, en antakelse som forsvarerne hevder svekkes jo mindre bestanddeler av materien man tar for seg. Vannmolekylets elektriske egenskaper gjør at det dannes hydreringsskall rundt alle stoffer som løses i vann. Selv ikke-elektriske stoffer vil etter Lennard-Jones-potensialet orientere seg i henhold til disse kreftene i mediet. Hydrogenbindingene gjør at det rundt hydreringsskallene dannes lag på lag med nye skall. Dette skaper en glidende overgang mellom stoff og løsningsmediet. I kvantefysikken er samhörighet mellom atomene et sentralt begrep. Her betraktes molekylene som forbundet gjennom et felles felt. For de minste bestanddeler av stoff, kvarkene, er atskillelse umulig fordi de alltid opererer kollektivt. Klarest kommer stoffets samhörighet frem i superstrengteorien. Denne beskriver en superstreng, et éndimensjonalt objekt, som i ulike vibrasjonstilstander representerer alle kjente partikler og vekselvirkninger. Egenskapen supersymmetri i denne modellen, henviser til at partikler og vekselvirkninger kan gå over i hverandre. Avogadros lov vil dermed ikke være en grense for opphør av molekyler, men en grense mellom ulike manifestasjonsformer. Når man legger likhetsloven til grunn, er modeller for bølge- og energifenomen sannsynligvis nærmere homøopatien enn modeller for materiens strukturelle side. Selv om det ennå ikke er noen allment akseptert modell for homøopatiens virkning, har det kommet ulike modellforslag de siste årene som alle baserer seg på prinsipper fra den moderne fysikken.

5.4 KONKLUSJON

Tross mangfoldet av de alternativmedisinske terapiene, har de mange fellestrekk, både i forståelsen av helse og sykdom og i sine forklaringsmodeller. Selv om noen av modellene er fra mange hundre år tilbake, og kan vurderes som ufullstendige, oppleves de som relevante i klinisk praksis. Tilsvarende har «solsystem-modellen» av atomet sin nytte, tross dens mangler med å forklare enkelte fenomener. Nye mod-

eller avfeier ikke nødvendigvis gamle modeller, men viser hvor begrensningene ligger.

Referanser

- Atkins P.W.: *The 2nd Law, Energy, Chaos, and Form*. Scientific American Library 1994.
- Becker R.: *The Body Electric*. William Morrow & Co. New York 1985.
- Bishopfs M.: *Biophotonen*. Zweitausendseins Frankfurt 1995.
- Black M.: *Models and Metaphors*. Ithaca 1962.
- Brown G.C. og Cooper C.E.: *Bioenergetics. A practical Approach*. Oxford University Press 1995.
- Conte R., Berliocchi, H., Lasne Y. Og Vernot G.: *Theory of high dilutions and experimental aspects*. Dynsol Ltd. 1996.
- Dardik I. I.: *The Origin of Disease and Health. Heart Waves: The Single Solution to Heart Rate Variability and Ischemic Preconditioning*. Frontier Perspectives 1997 6:2:18-32
- Del Giudice E.: *Coherence in Condensed and Living Matter*. Frontier Sciences 1993 3:2:16-20
- Dychtwald K.: *Bodymind, A Synthesis of eastern and Western ways to self-awareness, Health and Personal Growth*. Wildwood House 1977.
- Graneau P. og Graneau N.: *Newton versus Einstein. How Matter Interacts with Matter*. Carlton Press Inc. 1997.
- Hawkins S.: *Universet uten grenser*. C. W. Cappelens Forlag a.s. 1997.
- Heino R.: «*Naturlegeboken*» C. W. Cappelens Forlag a.s. 1983.
- Hore P. J.: *Nuclear Magnetic Resonance*. Oxford University Press 1995.
- Joannopoulos J. D., Meade R. D. og Winn J. N.: *Photonic Crystals. Molding the flow of Light*. Princeton University Press 1995.
- Koehler G.: *Lehrbuch der Homöopathie*. Hippokrates Verlag GmbH 1983.
- Kvamme O. J. (red): *Inføring i alternativ medisin*. Universitetsforlaget 1996.
- Launsø L., Skerbæk K. og Tingstad A. (red): «*Livskraft og mennesker*». Akademisk forlag 1995.
- Lederman L. M. and Schramm D. N.: *From Quarks to the Cosmos*. Scientific American Library 1995.
- Manning C. A. og Vanrenen L. J.: *Bioenergetic Medicines east and west, Acupuncture and Homeopathy*. North Atlantic books 1988.
- Mortimer R. G.: *Physical Chemistry*. The Benjamin / Cummings Publishing Company Inc. 1993.
- Nesse R. M. og Williams G. C.: *Evolution and Healing, The New Science of Darwinian Medicine*. Weidenfeld & Nicolson 1995.
- Nordenstrøm B. E. W.: «*Biological Closed Electric Circuits*». Nordic Medical Publications 1983.
- Pena L. de la og Hodgson P.: *The Philosophy Behind Physics*. Springer-Verlag 1994.
- Popp F-A.: *Biologie des Lichts*. Verlag Paul Parey 1984.
- Prigogine I. og Stengers I.: *Den nye pagt mellem mennesket og universet*. Ask 1985.
- Ravn I. (red): *Nye vitenskaper, nye ord*. Oslo Universitetsforlaget 1996.
- Schjelderup V.: *ECIWO-biologi - et nytt grunnlag for akupunktur og soneterapi*. Høyskoleforlaget 1998.
- Stapp H. P.: *Mind, Matter, and Quantum Mechanics*. Springer Verlag 1993.

Smith C. W.: *Is a Living System a Macroscopic Quantum System?* Frontier Perspectives 1998 7:1:9-15.

Trusted J.: *Physics and Metaphysics, Theories of Space and Time*. Routledge 1994.

Vithoulkas G.: *A new model of health and disease*. North Atlantic books 1991.

Weil A.: *Spontan helbredelse*. Hilt & Hansteens Forlag, Oslo 1996.

Wilber, K.: *Sex, Ecology, Spirituality, The Spirit of Evolution*. Shamhala 1995.

Zhang, C., Popp, F-A, og Bischof, M.: *Current Development of Biophysics; the Stage from and Ugly duckling to a Beautiful Swan*. Hangzhou University Press 1998.

KAPITTEL 6

En del alternativmedisinske behandlingsformer**6.1 INNLEDNING**

Det er vel neppe noen som har den fulle oversikt over alle alternativmedisinske terapier og behandlingsformer som anvendes på global basis, og heller ikke her i landet. I dette kapitlet gis en oversikt over en del terapiformer. Utvalget er basert på kunnskap om den faktiske utvikling og bruk av de alternative behandlingstilbudene i Norge. Først presenteres en liste over terapiformer som anvendes innen alternativ medisin, og som i dag ikke brukes ordinært innen eller oppfattes som skolemedisin (punkt 6.2). Deretter gis det en nærmere beskrivelse av noen av terapiformene (punkt 6.3). Aarbakke-utvalget vil presisere at beskrivelsen tar utgangspunkt i hvordan sentrale behandlingsmiljøer i Norge i dag oppfatter sin egen metode og sin bakgrunn. Utvalget har ikke foretatt en kildekritisk vurdering av dette materialet.

Innen alternativ medisin brukes mange av de samme teknikkene både som diagnostiske metoder, analysemetoder og som behandlingsmetoder. Imidlertid finnes noen teknikker som brukes som diagnoseredskap (for eksempel irisdiagnose). I avsnittet om alternativmedisinske analysemetoder (punkt 6.4) gis en kort beskrivelse av slike teknikker.

Utvalget vil presisere at det for mange av terapiformene er angitt virkningsmekanismer basert på kunnskap om kroppens funksjoner/dysfunksjoner og kunnskap om hvordan harmoni best kan etableres/reetableres. Slike utsagn knyttet til den enkelte terapiform gir uttrykk for forklaringsmodeller, forståelsesmåter og kunnskapsgenerering som er etablert av terapiformens grunnleggere og senere utøvere. Utvalget understreker at slike utsagn om virkningsmåter og eventuelle behandlingseffekter, refererer til forståelse og kunnskap som er etablert på empirisk grunnlag. Utvalget tar ikke stilling til innholdet i slike utsagn. Utvalgets vurderinger av hvordan ulike effektvurderinger kan foretas og av alternativmedisinske behandlingsformers effekt og bivirkninger følger i henholdsvis kapittel 12 og 13.

6.2 OVERSIKT OVER EN DEL ALTERNATIVMEDISINSKE BEHANDLINGSFORMER

Nedenfor er det presentert en alfabetisk oversikt over terapiformer. Listen er ikke uttømmende, men den gir et bilde av mangfoldet innen alternativ medisin. Det er knyttet noen stikkord til hver av terapiformene som skal angi en enkel forklaring. Disse forklaringene er basert på hvordan utøverne av terapiformene selv beskriver dem.

- *Akupunktur* er en gammel kinesisk behandlingsform hvor en bruker nåler som stikkes i bestemte akupunkturpunkter for å oppnå behandlingseffekt. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.1. Beslektede terapiformer: *Moxa-terapi* er brenning av moxa-ull festet på nål, eller holdt mot eller over akupunkturpunkter. *Aurikoloterapi* er en form for øreakupunktur. *Elektroakupunktur* er elektrostimulering av nåler i akupunkturpunkter. *Munnakupunktur* går ut på å påvirke meridianer/indre organer ved hjelp av nåler/injeksjoner i tannkjøtt, munnslimhinne og tunge. *Tungeakupunktur* er nåleakupunktur på holografisk felt på tungen. *Akupressur* er kroppsakupunktur ved hjelp av press på akupunkturpunkter.
- *Alexanderteknikk* er en manipulering av muskler og holdningsøvelser mot smerter i rygg/skjelett. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.25.1.

- *Antroposofisk medisin* er et system basert på antroposofiske medisiner, urter, rytmisk massasje, eurytmi, badeterapi, kunstterapi og musikkterapi. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.2.
- *Aromaterapi* er behandling med eteriske oljer for å påvirke hud, muskler, blodomløp og psyke. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.3.
- *Ayurvedisk medisin* er en indisk behandlingsform som tar i bruk, renselse, urter, ernæring, oljemassasje, meditasjon, leveregler musikk, homøopati, yoga, astrologi m.v. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.4.
- *Bates-metoden* går ut på å øve opp synsevnen ved blunking, hvile, endret fokus, kaldt vann og diett.
- *Bioenergetikk* er i følge utøverne å balansere kropp og sinn ved hjelp av pust og fysiske øvelser.
- *Biofeedback* er å regulere fysiologiske prosesser ved bevisst kontroll over det autonome nervesystemet.
- *Biokjemiske cellesalter* er bruk av 12 mineralsalter, homøopatisk potensert til D6-D12.
- *Biopati* er behandling ved hjelp av diett, vitamin-/mineralterapi, immun-/regulasjonsterapi, cellesalter, homøopati og biologisk avgiftning. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.5.
- *Bioresonansterapi* brukes i følge utøverne for å korrigere ubalanse i organismens biologiske resonansforhold. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.6.
- *Blomstermedisin* er en terapiform hvor blomsten inngår som et sentralt element. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.7. *Bachs blomstermedisin* består av inntak av blomsteressenser.
- *Celleterapi* er en metode som går ut på å gi subkutane (i huden) injeksjoner av friske celler i suspensjon fra dyr. Forenklet brukes også frysetørkede celler som inntas oralt.
- *Didgeridoo lydmassasje & lydterapi* er en terapiform hvor en bruker australske aborigineres urgamle blåseinstrument til å «bade» kroppen i lyd.
- *Edelstens essensterapi* er oralt inntak av vann påvirket med edelstener.
- *Elektroterapi/TNS* er transkutan nervestimulering mot smerte.
- *Elmedistrål-terapi* er i følge utøverne bruk av magnetfeltterapi mot sirkulasjonsforstyrrelser, særlig i bena.
- *Ernæring og «helsekost»* er en rekke ulike terapiformer hvor diett er det sentrale element. Noen slike diettformer har egne betegnelser. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.8.
- *Feldenkraismetoden* er en bevegelsesterapi. Den brukes i følge utøverne mot muskel-, skjelett- og leddsmerter. Den består av manipulasjon og trening. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.25.3.
- *Flyt-terapi* er å flyte på saltvann i lukket tank. Den skal i følge utøverne gi dyp avslapning for å senke blodtrykk, samt stabilisere hjerterytmen og stoffskiftet.
- *Fotsonterapi* (se *soneterapi*).
- *Fytoterapi* er det samme som urtemedisin. Det er medisinsk bruk av planter som brukes ubehandlet eller i konsentrater, avkok og essenser fra røtter, stengler, blader og frø. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.9.
- *Geopati/geobiologi* tar utgangspunkt i geofysikalske og geoatmosfæriske innflytelser på mennesket og sykdomsforløpet i videste forstand.
- *Gerson-terapi* er diettbasert terapi.
- *Gestaltterapi* brukes i følge utøverne for å gi økt selvinnsikt og ansvar for livet gjennom bevisstgjøring av uavklarte situasjoner, blant annet ved å klargjøre roller.
- *Gjørmebad* er i følge utøverne å avgifte organismen med helbredende mineraler

i leire/gjørme.

- *Healing* er i følge utøverne å overføre helbredende krefter til pasienten via terapeutens hender. *Fjernhealing* er helbredelse på avstand. *Radioni* er fjernhealing basert på bioresonans, for eksempel ved hjelp av pasientens hår. *Reiki-healing* er en gammel healingmetode fra Det fjerne østen. *Håndspålegging* skal i følge utøverne gjenopprette kroppens livsenergi og øke pasientens fokus i øyeblikket. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.10.
- *Heilpraktikere* er en yrkesgruppe som benytter en eller flere terapier som man spesialiserer seg i etter en bred grunnutdanning som inneholder blant annet homøopati, isopati, homotoxinlære og naturvitenskapelige fag.
- *Hematogen oksygenterapi/HOT* er behandling av pasientens eget blod med O₂/O₃ og UV-stråling.
- *Holotropisk terapi* er en psykoterapeutisk metode som omfatter pusting, musikk og palpering for i følge utøverne å harmonisere psyke, følelser, kropp og sinn.
- *Homøopati* bruker homøopatiske medisiner som ordineres ut fra likhetsloven. Medisinene fremstilles ved potenseringer/fortynninger av mineraler/metaller, urter og organiske stoffer i vann, alkohol eller laktose. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.11. *Klassisk homøopati* søker å finne en medisin som dekker alle pasientens symptomer. *Kompleks homøopati* gir en blanding av flere midler for en spesifikk indikasjon. *Isopati* bruker stoffer som forbindes med årsaken til plagene. *Nosodeterapi* er i følge utøverne å stimulere immunapparatet med homøopatiske preparater fremstilt av mikrobiologiske kulturer (bakterier, sopp, viruskulturer eller patologiske sekreter).
- *Hydrogenperoksidterapi* er oral og ekstern bruk av H₂O₂ for i følge utøverne å styrke immunapparatet, bedre oksygenopptak og bekjempe virus/bakterier m.v.
- *Hydroterapi* er i følge utøverne å stimulere temperaturregulering, immunapparatet og blodomløpet med kaldt/varmt vann på hele/deler av kroppen. *Kneippterapi* er behandling med vann av vekselvis ulik temperatur.
- *Hyposensibilisering* er i følge utøverne å dempe allergi med fortynnede allergener.
- *Inhalasjonsterapi* er å inhalere damp med aromatiske oljer. I følge utøverne brukes det mot astma, allergi, bronkitt og andre lidelser.
- *Ioneterapi* er inhalering av negativt ladede ioner. Det brukes i følge utøverne mot migrene, astma/allergi, tretthet, depresjoner og søvnløshet.
- *Kelat-terapi* er intravenøs bruk av den syntetiske aminosyren EDTA og oral bruk av kelatorer som vitamin C, citrat m.v. Det brukes i følge utøverne mot hjerte- og karsykdom og avgiftning av tungmetaller.
- *Kinesiologi* er en metode basert på muskeltesting. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.12. *Berøringskinesiologi* er en form for kinesiologi.
- *Kopping* er bruk av vakuumpopper på akupunkturmeridianer for i følge utøverne å påvirke kroppens livsenergiflyt og blodsirkulasjon i hud og underliggende organer. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.27.
- *Kosttilskudd, vitamin- og mineralterapi* benytter vitaminer, mineraler og sporstoffer og andre stoffer som terapi. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.13.
- *Kraniosakralterapi* er å manipulere benplatene i hodet. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.14.
- *Krystallterapi og stenterapi* bruker utvalgte stener som terapi. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.15.
- *Kunstterapi* er utløp for følelser for i følge utøverne å oppnå psykisk balanse via maling, tegning, modellering, osv.
- *Ledin-metoden* er et system for å stimulere rensing av kroppen via tarmen,

- huden, nyrene og lungene.
- *Lyd- og musikkterapi* er i følge utøverne å påvirke kommunikasjon og hjernefunksjon med musikk mot autisme, dysleksi m.v., og påvirkning av psyken ved tromming, sang, instrumenter, meditasjonsmusikk eller ved å konvertere musikk til resonans og fysisk vibrasjon (for eksempel musikkstol).
 - *Lymfedrenasje* er massasje av lymfegangene. I følge utøverne brukes det mot ødemer, for avgiftning og immunstimulering.
 - *Lys- og fargeterapi* er forskjellige metoder som er utviklet på ulikt grunnlag. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.16.
 - *Magnetfeltterapi* er bruk av spesielle magnettromler. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.17.
 - *Makrobiotikk* er i følge utøverne basert på gamle kinesiske og japanske tradisjoner om å leve i harmoni med kosmos, bruk av sesongens vegetarkost mot kreft/hjerte- og karsykdom, avgiftning, beskyttelse mot miljøgifter, m.v..
 - *Massasje og kroppsorienterte terapier* består av en rekke ulike massasjeformer. Metodene er beskrevet i punkt 6.3.18.
 - *Meditasjon* er i følge utøverne å fokusere på et tema, et mantra, vende oppmerksomheten innover eller lytte til spesiell musikk for å oppnå mentalt velvære, ro, åndelig, utvikling eller immunstimulans og kontroll over det autonome nervesystemet. *Acem-meditasjon* er i følge utøverne mental trening for å holde sinnet i form og forebygge stress. *Transcendental meditasjon, (TM)* er en meditasjonsteknikk. *Silva Mind Control* er i følge utøverne en dynamisk meditasjonsform mot stress og spenninger.
 - *Megavitaminterapi* er farmakologisk bruk av vitaminer, for eksempel store doser av blant annet C-vitamin.
 - *Mikrobiologisk terapi* er i følge utøverne tarmregulering og styrking av immunforsvaret, ved inntak av fysiologiske tarmbakterier.
 - *Miljømedisin* er i følge utøverne å finne frem til miljøfaktorer som påvirker helsen, endre negative påvirkninger og gjenopprette naturlig homeostase ved blant annet biologiske medisiner, og bevisstgjøring i forhold til helsemessig negative miljøfaktorer.
 - *Mistelterapi* er i følge utøverne immunstimulering ved hjelp av mistelekstrakt eller lektiner som spøytes inn under huden som adjuvant kreftterapi.
 - *Naprapati* er manuell mykdelsbehandling, en mellomting mellom kiropraktikk og fysioterapi. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.19.
 - *Naturopati* er et biologisk og fysiologisk basert system. Terapien består av homøopati, hydroterapi, ernæring, psykologi, feberterapi, bindevevsmassasje, Bachs blomstermedisiner m.v..
 - *Nevralterapi* er i følge utøverne å blokkere smerter i bestemte punkter med lokalbedøvelse: lidokain, novokain eller injisert saltvann.
 - *Nevrolingvistisk Programmering (NLP)* er i følge utøverne en metode for å utvikle endre holdninger og reaksjoner til omgivelsene og brukes innen logopedi, pedagogikk og organisasjonsutvikling.
 - *Ortomolekylær medisin* er i følge utøverne regulering av organismens fysiologiske og mentale likevekt/homeostase ved hjelp av fysiologiske/kroppsegne molekyler som vitaminer, mineraler, sporstoffer, enzymer, aminosyrer og fettsyrer.
 - *Osteopati* er manuell behandling av skjelettet. Terapien består av ulike massasje-, manipulasjons- og mobiliseringsteknikker. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.20.
 - *Ozonterapi* bruker ozon intravenøst, intrarektalt eller på huden. I følge utøverne skal det virke mot sirkulasjonsforstyrrelser, påvirke stoffskiftet og immunfunk-

- sjon.
- *Polaritetsterapi* bruker pusteøvelser, ernæring og psykologisk bearbeiding. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.21.
 - *Primalterapi* går i følge utøverne ut på å gjenoppleve fødsel/tidlig barndom for å løse nevrotiske spenninger.
 - *Psykodrama* er å leve ut følelser i gruppe.
 - *Psykosyntese* er i følge utøverne selvutviklingsteknikker, inkludert bevegelse, meditasjon og føring av dagbok.
 - *Qi gong* er en kinesisk teknikk. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.25.4.
 - *Radioni* er en terapi der man behandler pasienten på avstand gjennom å behandle biologisk materiale som negler og hår fra pasienten som legges i radioniapparatet (jf. fjernhealing).
 - *Reichiansk terapi* er psykoterapeutiske teknikker som i følge utøverne løser opp «kroppspanseret».
 - *Rogeriansk terapi* er i følge utøverne en terapi som skal styrke identitetsfølelsen gjennom «personsentrert» terapi.
 - *Rolfing* (se massasje).
 - *Rollespill* er å spille og å leve ut roller i gruppe.
 - *Rosen-metoden* er lett massasje, avspenning og pusteøvelser.
 - *Samisk folkemedisin* er en medisinform som har tradisjoner i den samiske befolkningen. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.22.
 - *Sensitivitetstrening* er gruppeterapi for i følge utøverne å øve opp harmonisk samkvem.
 - *Shiatsu* er trykkmassasje med hender, albuer og føtter. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.18.1.10.
 - *Silva Mind Control* er en dynamisk meditasjonsform som i følge utøverne skal virke mot stress og spenninger.
 - *Singulett oksygenterapi* er bruk av aktivert oksygen som i følge utøverne skal virke mot sirkulasjonsforstyrrelser, påvirkning av stoffskiftet og immunfunksjon.
 - *Sjamanisme* er en samisk/indiansk/inuitisk tradisjon med bruk av trommer, sang, dans, sansedeprivering og transe, og bruk av forfedres ånder for helbredelse.
 - *Soneterapi* er terapeutisk massasje og trykk på bestemte områder/refleksjoner. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.23.
 - *Strobisk fototerapi* er lysterapi kombinert med psykoterapi.
 - *Tai chi* er kinesisk bevegelsesterapi med harmoniske øvelser. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.25.5.
 - *Tarmskylling* er ulike former for klyster og skylling av tykktarmen med vann, eventuelt med urtete eller saft av hvetegress, for i følge utøverne å rense den for avleiringer og giftstoffer.
 - *Tibetansk medisin* er diagnostiske metoder ved hjelp av urinalyse, pulsdiagnose og terapi som endret atferd, diett, urter og akupunktur. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.24.
 - *Tomatis-metoden* går i følge utøverne ut på å normalisere psyken/hjernefunksjonen hos blant annet autister, med symfonier og lignende med frekvens >8 000 Hz.
 - *Tradisjonell kinesisk medisin, (TKM)* består av akupunktur, urter, mat og ernæring, bevegelse og meditasjon.
 - *Tradisjonell medisin* er naturfolkenes medisinske system. Det inkluderer kontakt med «åndeverdenen», urter og psykogene stoffer.
 - *Transcendental meditasjon, (TM)* er en meditasjonsteknikk.

- *Unani* er basert på gresk humoralpatologi. Det benyttes planter, urter og massasje med oljer. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.26.
- *Urtemedisin* (se *fytoterapi*)
- *Urtesauna* er badstu hvor aromastoffer fra urter blandes i dampen for i følge utøverne å stimulere rensing av huden og utskillingen av svette.
- *Vakumterapi og kopping* (se *kopping*).
- *Vannterapi* (se *hydroterapi*).
- *Visualiseringsterapi* er i følge utøverne å påvirke immunapparatet og selvfølelsen gjennom visualisering.
- *Voice Dialogue* er rollespill med blant annet «overjeget», «barnet», «samvittigheten» og «den voksne» i oss.
- *Yoga* er et gammelt indisk behandlingssystem som inkluderer meditasjon, øvelser og pust. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.25.6. *Hatha-Yoga* er en variant av yoga som kombinerer pusteøvelser med fysisk ofte krevende stillinger.
- *Øreakupunktur og øremedisin* er metoder som er basert på det forhold at hele organismen med dens forskjellige deler og funksjoner gjenspeiles i det ytre øret. Metoden er beskrevet i punkt 6.3.28.

Referanser

Bruset og Poleszynski (red): *Alternativ medisinsk leksikon*. Det Beste 1994.
Socialdepartementet *Alternativa terapier i Sverige*. SOU 1989:2.
Se ellers referanse i forbindelse med den enkelte terapiform.

6.3 BESKRIVELSE AV NOEN BEHANDLINGSFORMER

Det er mange behandlingsformer som praktiseres i Norge i dag. Noen former blir praktisert av mange utøvere, andre av få. Utvalget har valgt å beskrive noen terapiformer. Verken antall terapiformer som er beskrevet eller beskrivelsen av den enkelte terapiform er uttømmende. Imidlertid gir denne beskrivelsen sammen med oppstillingen i foregående punkt, et inntrykk av mangfoldet og omfanget av hvilke terapiformer som brukes i Norge i dag.

Noen terapiformer er gruppert og beskrevet under en hovedoverskrift (for eksempel massasje), mens andre terapiformer er beskrevet enkeltvis (for eksempel homøopati). Utvalget har valgt denne fremgangsmåten slik at presentasjonen skal kunne gi en best mulig oversikt.

Beskrivelsen av terapiformene er gjort mest mulig ensartet og systematisk. Først gis en presentasjon av terapiformen. Deretter er det et historieavsnitt hvor det vises hvor terapien kommer fra og hvordan den har utviklet seg. Deretter beskrives metoden og hvordan den praktiseres, hva terapien brukes for og hvilke forklaringsmekanismer som terapien selv mener ligger til grunn.

Det er gitt ulik plass i denne beskrivelsen for den enkelte terapiform. Alle beskrivelsene er gjort så kortfattet som mulig. Imidlertid er det noe variasjon i lengden. Utvalget har valgt den grundigste beskrivelse av de terapiformene som er vurdert å ha størst omfang i Norge. Beskrivelsene er ordnet i alfabetisk rekkefølge.

6.3.1 Akupunktur

Akupunktur er et medisinsk system utviklet i Kina. Ordet akupunktur kommer fra de to latinske ordene *acus* = nål, spiss, og *punctur* = punktere, stikke. Zhen Jiu kalles metoden på kinesisk. Det betyr nåling og varming (moxa), som er de to mest brukte teknikkene innen akupunktur.

Akupunktur, slik begrepet anvendes i dag, omfatter behandling i følge både tradisjonell kinesisk medisin og nyere former for akupunktur som er utviklet i vårt århundre.

Den tradisjonelle kinesiske akupunktur er basert på en livsenergilære. Livsenergien eller vitalenergien, som kineserne kaller qi, sirkulerer i hele kroppen og ledes gjennom et komplisert system av energikanaler (akupunktur-meridianene), som står i energiutveksling med omverden gjennom akupunkturpunktene. Ved å behandle disse punktene kan man i følge utøverne innvirke på energisirkulasjonen i kroppen og gjenopprette kroppens harmoniske balanse. Moderne forskning har vist at huden er særlig gjennomtrengelig for forskjellige former for fysisk energi i akupunkturpunktene. Den elektriske hudmotstanden er således nedsatt i disse punktene, og dette brukes av noen innen moderne akupunktur til å lokalisere akupunkturpunktene ved hjelp av elektriske punktsøkere.

I akupunktur inngår blant annet bruk av ulike mikrosystemer, samt bruk av andre utradisjonelle måter å stimulere punktene, som elektrisk stimulering, magneter, myk laser og annen lysbehandling, lyd, mikrobølger og injeksjon av medikamenter i akupunkturpunkter. Mikrosystemene omfatter øreakupunktur, neseakupunktur, skalleakupunktur, oral akupunktur, ankelakupunktur, håndakupunktur m.m. (Det vises her til egne punkter om «Øreakupunktur» punkt 6.3.28 og «ECIWO-biologi» punkt 5.2.4).

Historikk

Akupunktur ser ut til å ha vært en viktig del av kinesisk medisin i flere tusen år. Det finnes 2000 år gamle skriftlige kilder. Den urolige perioden med krigende småstater (500-200 f.Kr.) var en blomstringstid i kinesisk filosofi, med utvikling av blant annet Taoismen og Konfusianismen. Etter langvarige kriger ble riket omsider samlet. Dette fikk også betydning for medisinen. Sykdommer ble ikke lenger sett på bare som manifestasjoner av onde ånder og skadelige innvirkninger, men som ubalanse - det vil si i et helt og integrert kroppssystem som var regulert av særlige lover. Slik ble også akupunkturlæren del av en mer omfattende medisinsk filosofi.

Akupunkturen spredte seg i Asia fra cirka år 540 f. Kr. I dag har land som Japan, Korea og Vietnam flere hundre år gamle akupunkturtradisjoner.

Akupunkturen ble brakt til Europa av jesuittmunker på 1500- og 1600-tallet. I 1820-årene ble det undervist i metoden ved universitetssykehus i Paris, som da var vestens medisinske sentrum. I 1829 ble en avhandling om akupunktur forsvart for den medisinske doktorgrad i Uppsala. Akupunktur ble anvendt på øyeavdelingen ved Rikshospitalet allerede i 1860-70 årene. Akupunktur slo ikke helt igjennom i skolemedisinen, og frem til 1970 kjente få vestlige leger til metoden.

På 1930-tallet ble det oversatt klassiske kinesiske tekster om akupunktur til fransk. Dette førte til fornyet interesse for akupunktur blant europeiske leger. Det oppstod etterhvert på 1950- og 1960-tallet levedyktige og utviklingsdyktige akupunkturmiljøer både i fransk og tysk medisin, med etablering av egne fagtidsskrifter og akupunktur-kongresser.

Den store interessen for akupunktur i vesten oppstod imidlertid under «ping-pong-diplomatiets» dager i 1970-72, i forbindelse med besøket som USAs president Richard Nixon avla i Kina. Også en norsk legegruppe var i Kina i 1972. Siden da har akupunktur fått økende oppmerksomhet i vår vestlige medisin. Det begynte med interessen for akupunktur som anestesimetode og fortsatte med akupunkturens muligheter som klinisk disiplin i smertebehandling. Fra 1955 har Kina hatt egne medisinske universitet i tradisjonell kinesisk medisin, og er et av få land i verden som nå har løftet sin tradisjonelle medisin opp på samme nivå som skolemedisin (vestlig medisin). I dag har Kina to parallelle medisინutdanninger: en skolemedisinsk og en tradisjonell kinesisk medisin (jf. "[Alternativmedisinens røtter](#)") i kapittel

4). I tradisjonell kinesisk medisin er hovedmetodene urtemedisin, massasje og akupunktur. Leger fra disse to ulike retningene arbeider i det kinesiske helsevesen side om side. Også i en rekke andre asiatiske land er akupunktur en autorisert medisinsk behandling.

Beskrivelse av behandlingsformen

I tradisjonell kinesisk medisin ser man på sykdom som en ubalanse i kroppens energisystem. Man ser på kroppen som en helhet bestående av en rekke organer og energikretsløp som må være i en indre balanse og harmoni. Denne indre balansen er en forutsetning for helse - det må være en likevekt mellom kulde og varme, mellom hvile og aktivitet, mellom yin og yang.

I tradisjonell kinesisk medisin er det bygd opp en egen terminologi som beskriver hele dette systemets anatomi, normalfysiologi og hvordan det fungerer under sykdom. Systemet bygger på følgende tre deler:

- Qi (vital livsenergi) og fire andre grunnleggende substanser, som vedlikeholder vitale aktiviteter i kroppen.
- Organsystemer som produserer, lagrer, styrer og distribuerer qi og de andre substansene.
- Meridiansystemet som sammenbinder dette til et samlet hele.

Denne terminologien kan ses på som akupunkturens fagspråk, akkurat som man i den vestlige medisin har en egen terminologi som brukes for å forklare både anatomiske, fysiologiske og patologiske forhold. I følge utøverne må man ikke tro på qi-energien for å praktisere akupunktur. Men de mener at dette begrepsapparatet gjør det lettere å dra nytte av all den kliniske erfaring som er samlet i kinesisk akupunktur. I den kinesiske medisins historie har målet vært å se sammenhenger mellom alle tegn og symptom som pasienten presenterer. Målet var å se «et mønster» i de symptomene som pasienten viste og de tegn som legen observerte. I dette mønsteret er i følge utøverne «årsaken», slik man forstår den i vestlig medisin, bare en del av helheten.

I følge utøverne er alternativet til å lære seg tradisjonell kinesisk medisin en forenklet form for akupunktur, hvor man bruker standard punktkombinasjoner ved ulike lidelser. En slik «kokebok-akupunktur» ser fremdeles ut til å være dominerende i vesten. Den er lett å lære og kan også være effektiv. Imidlertid mener utøverne at man mister muligheten til å individualisere behandlingen og tilpasse den til pasientens konstitusjon.

I følge utøverne er akupunkturbehandling differensiert, det vil si at man anvender forskjellige kombinasjoner av punkter og stimulering av disse for å oppnå optimale resultater ved ulike medisinske problemer (akkurat som man velger forskjellige medikamenter i behandling av forskjellige sykdommer). I mange tilfeller vil kroppen selv indikere gjennom psykiske og fysiske tegn hvor behandlingen bør settes inn. De fysiske tegn er blant annet økt trykkømfintlighet eller endret elektroaktivitet i akupunkturpunktene.

Metode

Nålene som brukes i akupunkturbehandling stikkes inn i spesielle akupunkturpunkter som finnes spredt over hele kroppsoverflaten. Det er ca. 400 forskjellige akupunkturpunkter på hver kroppshalvdel. Akupunktur nålene stikkes inn i riktig dybde og retning. Nålene kan bli stående urørt, men ofte manipuleres de med fingrene, varmes opp eller stimuleres elektrisk, avhengig av hvilke effekter man ønsker å oppnå.

Til hver behandling brukes det 1 til 20 nåler eller flere, som er meget tynne. En viktig indikator på at akupunktur nålen er satt riktig, er i følge utøverne at det oppstår en nålefølelse, eller «De qi» som kineserne kaller det. De qi betyr at livsenergien qi

«er aktivert og satt i bevegelse», det oppleves som en følelse av tyngde, et press som om den aktuelle kroppsdel utvider seg, ømhet sårhet, eller nummenhet.

Forklaringsmåte

Akupunktur brukes i behandlingen av et meget stort antall forskjellige medisinske problemer, og disse omfatter alle kroppens forskjellige organsystemer.

Akupunktur hevdes å ha en regulerende virkning på organismen og stimulere helbredelsesprosesser. Den vitenskapelige kunnskap om integrerte helbredelsesprosesser er imidlertid fortsatt meget mangelfull og ufullstendig i Norge.

I dag utøves akupunktur av et stort antall alternativmedisinske utøvere. Mange av disse har en medisinsk grunnutdanning, enten som sykepleiere eller som fysioterapeuter, eller at de har gjennomgått et medisinsk grunnkurs ved en skole for alternativmedisinske utøvere. Andre akupunktører har fått hele sin utdanning i utlandet. Akupunktur utøves på private klinikker, noen sykehus ved blant annet smerteklinikkene, fødeavdelinger og ved enkelte av slagenhetene og av allmennpraktiserende leger. Over 30 prosent av norske leger henviser pasienter til akupunkturbehandling (se kapitlene 7 og 9).

Verdens helseorganisasjon

I dag er Verdens Helseorganisasjon i ferd med å avslutte et langt utredningsarbeide om akupunktur. Dette omfatter, i tillegg til en internasjonal akupunktur-nomenklatur, retningslinjer for utdanning, for sikker akupunkturutøvelse, indikasjoner og kontraindikasjoner for akupunktur og retningslinjer for klinisk akupunktur-forskning.

Disse retningslinjene fra Verdens Helseorganisasjon er ment som anbefalinger til de enkelte lands helsemyndigheter. De legger stor vekt på at helsepersonell må ha en grundig teoretisk og praktisk utdanning i akupunktur, og setter strenge krav både til hygiene og prosedyrer for sikker akupunkturpraksis. Indikasjonsområdet som Verdens Helseorganisasjon angir for akupunktur er stort og rommer en rekke ulike medisinske disipliner som smertebehandling, astma og allergi, gynekologiske lidelser, fordøyelsessykdommer, sykdommer i urinveier og hjerte- og karsykdommer m.m.

Referanser

Heyerdal O. og Lystad N.: *Lærebok i Akupunktur*. Tano forlag 1991.

Johansen O.: *Øyelegekunstens historie i Norge*. Festskrift i anledning Norsk Oftamologisk Forenings 50-års jubileum 1978.

Schjeldrup V.: *Nytt lys på medisinen*. Cappelen 1989.

World Health Organization: *Evaluation of acupuncture practice based on controlled clinical trials*. 1996.

World Health Organization: *Guidelines for safe acupuncture treatment*. 1996.

World Health Organization: *Guidelines on basic training in acupuncture*. 1996.

World Health Organization: *Working group on clinical research methodology for acupuncture*. 1994.

World Health Organization: *A proposed standard international acupuncture nomenclature*. 1991.

Unschuld P.: *Medicine in China. A history of Ideas*. University of California Press 1985.

Unschuld P.: *Medicine in China. A history of Pharmaceuticals*. University of California Press 1986.

State administration of TCM: *Advanced textbook on TCM & Pharmacology. Vol I*. New World Press 1995.

Sivin N.: *Science, Medicine & Technology in East Asia*. Traditional Medicine in Contemporary China. Vol. 2. University of Michigan 1987.

Wiseman og Ellis: *Fundamentals of Chinese Medicine*. Paradigm Publications 1994.

6.3.2 Antroposofisk medisin

Antroposofisk medisin bygger på antroposofisk filosofi og utøves i hovedsak av leger.

Historikk

Antroposofisk medisin har sitt utspring i samarbeidet mellom Rudolf Steiner og leger i begynnelsen av 1920-årene. Bevegelsen har størst utbredelse i Tyskland, men det finnes utøvere av antroposofisk medisin i nesten alle europeiske land, samt i land på det amerikanske kontinent og i Oceania.

Beskrivelse av behandlingsformen

Sentralt i den antroposofiske medisinen er et menneskebilde hvor mennesket ses som et tenkende, følende og handlende vesen, hvor sykdom er en prosess som kan lede til større selvinnsikt, harmoni og frihet. Sykdom kan være en utfordring til å gjøre noe med livet sitt og i noen tilfeller kan det være riktig å vektlegge muligheter for personlig vekst der sykdom rammer menneskets mangfoldighet. Det biografiske vektlegges sterkt i samtalen med pasienten, blant annet for å virke bevisstgjørende på totalsituasjonen. Det er legens oppgave å lede denne prosessen.

Alternativmedisinske terapier som brukes i antroposofisk medisin er hydroterapi, rytmisk massasje og presselmasasje, kunstneriske terapier som modellering (plastiering), maling og musikkterapi og helseurytmi, samt språkforming som hviler på en kunstnerisk forståelse av bevegelse og språk sett i forhold til hygiene og sykdom.

I tillegg til vanlige farmasøytiske preparater, benytter antroposofiske leger medisiner som har til hensikt å stimulere kroppsfunksjoner, aktivisere motstandskraften og styrke organismens regenerasjonsprosesser. Enkelte er som homøopatika potensert, andre er basert på urter.

Hva terapien brukes for

Terapien brukes for en rekke lidelser. For eksempel brukes potenserte kobberpreparater ved problemer med nyrene og blodsirkulasjonen. Nedsatt immunitet, tilbakevendende infeksjoner og forskjellige former for kreft behandles gjerne med mistelteinekstrakter.

Antroposofiske leger er tilbakeholdne med å foreskrive antibiotika og skeptiske til vaksiner.

Forklaringsmåte

Utøvere av antroposofisk medisin mener at felles evolusjon gir slektskapet mellom organismen og sykdom og dyr, planter og mineraler. Dette gir grunnlaget for bruk av legemidler.

I følge antroposofisk tankegang har mennesket tre overordnede funksjonssystemer: sansenervesystemet, stoffskiftesystemet og det rytmiske system. De samme systemene finnes igjen i alt organisk materiale (planter og dyr). Ubalanse i disse systemene fører til sykdomstilstander. Ved behandling prøver en å bringe disse systemene i balanse.

Antroposofiske leger mener at det er viktig å leve i harmoni med de mange sykluser og rytmiske prosesser som kommer til uttrykk til ulike tider av døgnet, uken, måneden og året, og at det også er viktig å leve i samsvar med både sine egne rytmer og ytre rytmer for å ha et best mulig grunnlag for helbredelse og opprettholdelse av helse.

Referanser

Enge E. m.fl.: *Antroposofisk medisin*, Tidsskrift for den Norske Lægeforening 1986.

Den norske Lægeforening: *Alternativ behandling*. 1998.

6.3.3 Aromaterapi

Aromaterapi er en fellesbenevnelse for ulike bruksmåter av essensielle oljer. De brukes først og fremst ved massasje, men også til bad, kompresser, inhalering osv. Terapeutene hevder at oljene virker både fysisk og psykisk, og at de bidrar til å gjenopprette pasientens balanse.

Historikk

I årtusener har aromatiske planter vært brukt til å behandle forskjellige lidelser. Det eldste destilleringsapparat for uttrekk av oljer, funnet i Pakistan, er ca. 5000 år gammelt. Det er funnet skrifter helt fra 4000 år f.Kr. om bruk av essensielle oljer.

Hippokrates brukte blant annet timian, karve, peppermynte og merian i sin behandling. Den arabiske legen, Ibn-Sina (980-1037), kjent i vesten som Avicenna, brukte essensielle oljer i stor utstrekning i sin praksis. En av hans 100 bøker var kun om roser, «en av de flotteste essenser». Araberne beskrev de kjemiske substanser og reaksjoner, og preparasjonsmetoder som destillering, filtrering, fordampning, krys-tallisering osv. Paracelsus (1493-1541) mente at det fantes «en helende plante for enhver sykdom». Han søkte etter den helende komponenten i hver medisinske plante, som han kalte for «Quintessensen».

Ved slutten av 1600-tallet oppstod et skille mellom parfymen og aromater solgt gjennom apotekene. Med den vitenskapelige revolusjonen i begynnelsen av det 19. århundre var kjemikerne for første gang i stand til å identifisere de ulike bestanddeler i essensielle oljer. Den franske kjemikeren Rene Maurice Gattefosse var i 1928 den første som brukte begrepet «aromaterapi», i sin bok med samme navn. I sitt virke som militærkirurg under andre verdenskrig brukte Doktor Jean Valnet essenser som timian, kryddernellik, sitron og kamille på sår og brannsår. Senere brukte han enkelte dufter i behandling av psykiske problemer. Biokjemikeren Marguerite Maury forsket mye på den terapeutiske effekten av essensielle oljer brukt sammen med massasje.

Aromaterapien er i dag inkorporert i skolemedisinen i flere land. I Frankrike er det vanlig at legen skriver ut aromaterapeutiske blandinger som pasienten får ferdig blandet på apoteket. Tannleger har brukt kryddernellikessens i sine behandlinger helt fram til i dag. Aromaterapi har også fått innpass på en lang rekke sykehus i England.

Flere utenlandske universiteter har fakulteter for fyto- og aromaterapi.

Beskrivelse av behandlingsformen

Aromaterapi er mest kjent gjennom massasje, og det er en behagelig, avslappende og regenererende behandlingsform. Terapeutene hevder at oljene virker både fysisk og psykisk. Andre bruksmåter for essensielle oljer er bad, kompresser, gurgling, inhalering osv. Aromaterapi kan også brukes på dyr.

Hva terapiene brukes for

Det meste av behandlingen som utføres av norske aromaterapeuter er forebyggende. Aromaterapi benyttes ofte av «friske» mennesker med stressrelaterte symptomer. Men aromaterapi og massasje brukes også på personer med problemer/tilstander diagnostisert av leger eller analysert av alternativmedisinske behandlere. Forskjellige grupper trenger gjerne ulik behandling: idrettsfolk, barn, eldre, gravide, forskjellige yrkesgrupper, fysisk eller psykisk funksjonshemmede.

Forklaringsmåte

Navnet essensiell olje viser til plantestoffet som brukes i aromaterapi. Ordet essensiell betyr «virkelig» og henviser til essensenes betydning for plantens livskraft. Det hevdes at livskraften har en vesentlig betydning for den terapeutiske effekten av oljen brukt på mennesker. Eteriske oljer er flyktige og fordamper, mens betegnelsen aromatiske oljer henviser til at oljene har sterk aroma eller duft. Sammensetningen av de organiske duftstoffene i den essensielle oljen, i de ulike plantetyper, er avgjørende for hvilken effekt den enkelte olje har.

De organiske essenser finnes i forskjellige mengder og plantedeler. For noen planter trenger man 1000 kilo kronblad for å produsere en liter essens. Det finnes ingen kontrollinstans når det gjelder kvalitet, hverken i Norge eller internasjonalt.

Referanser:

Damian P. og K.: *Aromatherapy scent & psyche*. ISBN 0-89281-530-2.

Gattefosse R-M. *Renè-Maurice Gattefossès Aromatherapy*. ISBN 0-85207-236-8.

Keville K. og Green M.: *Aromatherapy. A complete guide to the healing art*. ISBN 0-89594-692-0.

Mailhebiau P.: *Portraits in oil. The personality of aromatherapy oils and their link with human temperaments*. ISBN 0-85207-237-6.

Maury M.: *The secret of life and youth*. Marguerite Maury's guide to aromatherapy. ISBN 0-85207-163-9.

Pènöel D.: *Medicine aromatique. Medicine planetaire*. ISBN 2-87928-002-8.

Price S. og Price L.: *Aromatherapy for health professionals*. ISBN 0-443-04975-0.

Price S.: *Shirley Price's aromatherapy workbook*. ISBN 07225-2645-8.

Ryman D.: *The aromatherapy handbook*. ISBN 0-85207-215-5.

Sellar W.: *The directory of essential oils*. ISBN 0-85207-239-2.

The H & R book of perfuma: *Understanding fragrance. Origin, history, development, meaning*. ISBN 3-87261-049.

The International School of Aromatherapy: *A safety guide on the use of essential oils*. ISBN 0-9521068-0-9.

Tisserand R. og Balacs T.: *Essential oil safety. A guide for health care professionals*. ISBN 0-443-05260-3.

Tisserand R.: *Aromatherapy for everyone*. ISBN 0-14-009 683-3.

Tisserand R.: *The art of aromatherapy*. ISBN 85-207-140.

Valnet J.: *The practice of aromatherapy*. ISBN 0-85207-140.

Worwood V. A.: *The fragrant pharmacy*. ISBN 0-333-48442-8.

6.3.4 Ayurvedisk medisin

Ayurveda er sannsynligvis ett av verdens eldste medisinske system som fortsatt er levende. Navnet betyr «kunnskap om livet» (*ayus* = liv og *veda* = kunnskap). Ayurvedisk medisin er opptatt av hele menneskets tilværelse, både fysisk, mentalt, emosjonelt og åndelig. Blant de viktigste virkemidler i behandlingen og forebyggingen er endringer i livsstil og kosthold, herunder også bruk av urter, mineraler, oljer, osv.

Historikk

De tidligste kjente kilder skriver seg ca. 4000 år tilbake, men er sannsynligvis enda eldre (jf. ["Alternativmedisinens røtter"](#) i kapittel 4). I utgangspunktet var ayurvedisk filosofi en basis for åndelige og religiøse disipliner, men siden ayurveda

også omfatter medisinsk kunnskap spredte den seg etterhvert til alle lag av befolkningen som en del av folkemedisinen.

Hygiene og medisin var høyt utviklet i oldtidens India, og historiske kilder beretter om sykehus, utvikling av plastisk kirurgi og offentlig næringsmiddelkontroll i århundrene før Kristi fødsel.

I dag er ayurvedisk medisin et av de offisielle medisinske systemene i India. Ayurvedisk medisin praktiseres i mange land i Europa, i Nord-Amerika og Australia. Ayurveda har ulike retninger og blir praktisert i Norge.

Beskrivelse av behandlingsformen

Ifølge ayurveda, slik den praktiseres i Norge, er vi født med en bestemt, livsvarig kombinasjon av de ulike livsenergiene (doshaer). Det er denne kombinasjonen som gjør oss unike. Om det oppstår en ubalanse i dette forholdet, blir vi syke. Behandlingen innebærer derfor to viktige undersøkelser:

- Hva er personens grunnleggende konstitusjon?
- Hvilke livsenergier er ute av balanse?

I tillegg til klassiske undersøkelsesmetoder (herunder også undersøkelse av blod, urin, spytt, osv.) benytter ayurveda spesielle metoder som:

- pulsdiagnose
- ansiktdiagnose
- leppediagnose
- tungediagnose
- øyediagnose
- neglediagnose

Den vanligste behandlingsformen er å gjenopprette balansen i livsenergiene ved hjelp av meditasjon, diett, urter og livsstilsjusteringer. Hvis ubalansen er større, kan man anvende pancha karma (pancha karma brukes også til å forebygge). Navnet betyr fem handlinger, som refererer til de mest brukte teknikkene. Det viktigste målet med pancha karma er å nøytralisere og eliminere giftstoffer fra kroppen. Dette oppnås ved bruk av oljer, urter og lignende, og ved å benytte teknikker som for eksempel massasje, dampbad, tarmrensing og innånding av urte/oljeblandinger. Slik behandling kan vare alt fra en dag til flere uker.

Den ayurvediske farmakope omfatter flere tusen medisinske planter og planteprodukter. Flere av dem, som rauwolfia og digitalis, er kjente medisinplanter som har gitt grunnlag for utvikling av moderne farmasøytiske medikamenter. I ayurvedisk medisin satser man imidlertid på anvendelsen av hele planteprodukter fremfor isolerte kjemiske stoffer, for å oppnå optimal terapeutisk effekt og unngå bivirkninger.

Ayurveda har et mangfold av behandlingsmetoder, noen av dem svært avanserte, som for eksempel plastisk kirurgi.

Hva terapiene brukes for

I følge ayurvedisk medisin pulserer naturen i en fast rytme. De tre doshaer sirkulerer i et gitt mønster. Døgnet deles opp i vata, pitta og kapha tider (for eksempel er pitta på topp midt på dagen, hvor forbrenningen er høyest, da man skal være mest aktiv). Likeledes deles året opp i sesonger (for eksempel er kapha på topp om vinteren). Også disse faktorer tar man hensyn til. Derfor er det for eksempel spesielt viktig at en person med kapha konstitusjon er forsiktig med kosthold som øker kapha i vintermånedene, mens en pitta-person må være påpasselig med pitta-økende diett om sommeren.

Dette danner så grunnlaget for en «skreddersydd» behandling som har som mål å bringe personen tilbake til sitt eget, individuelle utgangspunkt - det vil si den nøye balanserte grunnkombinasjonen av doshaene som personen er født med.

Forklaringsmåte

Basis for all skapelse er samspillet mellom to livsenergier: purusha og prakriti. Disse representerer henholdsvis maskulin og feminin livsenergi (jf. kinesisk medisin yang og yin). Dette samspillet danner grunnlaget for et skapelsesbilde som er for omfattende til å gå gjennom her. Det viktige i denne sammenheng er at all fysisk skapelse er bygget opp av fem elementer: eter, luft, ild, vann og jord (jf. de fire elementer, luft, ild, vann og jord i den gamle greske naturlære, og de fem elementene, vann, tre, ild, jord og metall i tradisjonell kinesisk medisin). Disse kombineres til tre grunnleggende prinsipper (doshaer):

- eter og luft danner *VATA*
- ild og vann danner *PITTA*
- vann og jord danner *KAPHA*

I følge ayurvedisk medisin styrer hver av disse doshaer spesifikke funksjoner og derved bestemte organer og vev i kroppen. En kombinasjon av disse tre doshaer vil gi opphav til ulike typer mennesker med individuelle kvaliteter. En vesentlig del av behandlingen består i å bestemme hvilken type man er og påvise eventuell ubalanse i forhold til dette. Deretter gjør man korreksjoner for å komme tilbake til individets egne individuelle utgangspunkt.

I følge ayurvedisk medisin ligger de tre doshaer til grunn for alt i naturen, inkludert maten vi spiser, klærne vi bruker, smykker, edelstener, osv. Disse hevdes å ha sin egen energi som påvirker mennesker på bestemte måter ved å øke, minske eller balansere livsenergiene. Ayurveda hevder for eksempel at sukker øker kapha, fisk øker pitta og rå grønnsaker øker vata. Man kan også bruke «motgifter», for eksempel vil nellik redusere kapha, sitron redusere pitta og olje redusere vata. Det er således mulig å sette opp en fullstendig diettliste samt råd om daglige rutiner. I tillegg kan man gi råd om bruk av spesielle farger, smykker, klær - ja, endog hvilken type musikk man bør lytte til.

Referanser

Frawley D.: *Ayurvedic Healing*. Morson Publishing 1989.

Sharma H. og Christopher C.: *Contemporary Ayurveda*. Churchill Livingstone 1998.

Sharma H. M.: *Maharishi Ayur-veda: Modern insights into ancient medicine*. JAMA 1991.

6.3.5 Biopati / biologisk medisin

Biopati er en analyse- og terapiform som søker å integrere noen av de eldste alternativmedisinske terapiformer med ny vitenskap. Ordet biopati kommer fra de greske ordene *bios* = liv, og fra *pathos* = følelse - lidelse - sykdom. I følge biopatien er dens oppgave å finne årsakene til pasientens lidelse og sette opp regenererende kurer, slik at sunnheten kan gjenvinnes ved å aktivere kroppens egne selvhelbredende mekanismer.

Historikk

Biopatien ble grunnlagt i 1980 av den danske naturmedisiner Kurt Winberg Nielsen. Bakgrunnen var tanken om at skolemedisin alene ikke kunne make å beskytte mot sykdom eller helbrede lidelser.

Som flere før ham, kom Nielsen fram til at noen av de viktigste prosessene angående helse og sykdom foregår på cellenivå. Han mente at menneskets celler trenger helt bestemte byggeelementer for å bygge opp en frisk kropp, og de trenger å få eliminert avfallsstoffer og egne forbrenningsstoffer i følge sin genetiske kode. Fordi den menneskelige genetiske kode i følge biopatene er utviklet i en steinalder-verden biokjemisk sett, hevdes det at menneskets helse er mest truet på cellenivå i vår tid. Dette på grunn av nåtidens alvorlige forstyrrelser av natur og miljø, blant annet jord, luft, vann og energikilder. På bakgrunn av disse erkjennelsene fant Nielsen det nødvendig å grunnlegge et nytt naturmedisinsk fag, biopatien, med elementer fra amerikansk biologisk ernæringsmedisin, europeisk immun- og symbio-seterapi med sterk innflytelse av østens kunnskaper om helse og sykdom. Den første biopatskolen ble etablert i København i 1981. Samme år ble biopat-tittelen registrert og har siden vært en beskyttet tittel i Danmark. Biopatien har spredd seg til de øvrige Skandinaviske land, Spania og England.

Biopatien kom til Norge i midten av 1980-årene, da de første norske biopatene ble uteksaminert fra de danske biopatskolene. Norge fikk egen skole i begynnelsen av 1990-årene.

Fra biopatens grunnleggelse ble det presisert at biopatien ikke skulle være et lukket, fastlåst system, men skulle kunne vokse med faglig erfaring og ny vitenskapelig forskning. Dette så lenge prinsippene blir ivaretatt om ikke å skade mennesket, dets selvhelbredende mekanismer og prosesser.

Beskrivelse av behandlingsformen

I følge utøverne stiller ikke biopatien medisinske diagnoser, men analyserer seg derimot frem til et helhetsbilde av pasientens «biologiske situasjon» ved bruk av sine teoretiske modeller, med henblikk på å kunne utarbeide relevante «regenerasjonsprogrammer». Hensikten med regenerasjonsprogrammer er å reversere sykdomsforløpet. Dette gjøres ved grundig intervjuing og flere tester. Som supplement benytter mange biopater øreakupunktur, irisdiagnose, bioelektronisk funksjonsanalyse eller kinesiologi.

Til regenerasjonsprogrammet trenger biopaten følgende:

- bestemme «adaptasjonsfasen»
- lokalisere eventuelle kroniske dysbioser (ubalanse i normalfloraen)
- vurdere meridian- og organfunksjoner
- fastslå spesifikke vitamin-, mineral- og ernæringsubalanser

Biopaten benytter intervju med journalføring og målinger av akupunkturpunktene elektriske hudmotstand med biotron-apparat. Det benyttes også kinesiologi. Som supplement benyttes soneterapi, øreakupunktur, mørkefeltmikroskopi m.m. På basis av slike målinger setter biopaten opp et regenerasjonsprogram som består av følgende:

- *Kost:* Det gis en diett tilpasset pasientens individuelle behov og fase.
- *Vitaminer:* Det gis vitaminer i tilpassede doser, som øker kroppens regulerings- og funksjonsevne og oppveier ubalanser.
- *Mineral- og sporstoffer:* Utreising av gift- og avfallsstoffer, samt regulering av organfunksjoner ved hjelp av urteterapi, samt supplerende terapier.
- *Symbiosekorreksjon:* Dette innebærer i følge biopatien en økning av immunkapasiteten, slik at kroppen blir i stand til å bekjempe infeksjoner, betennelser og forgiftninger, samt gjenoppbygging av den naturlige hud- og slimhinneflora, for eksempel tarmfloraen. Her anvendes fortrinnsvis isopatiske preparater og tilskudd av levende bakterier som for eksempel melkesyrebakterier. Dessuten anvendes urter med innvirkning på immunforsvaret og dysbioser.
- *Forslag til endring av livsstil:* Anbefaling av for eksempel mosjon, badstu, nok

søvn, dans og andre avstressende aktiviteter.

Biopaten henviser også til annen behandler som lege, kiropraktor, fysioterapeut, soneterapeut og aromaterapeut, homøopat, akupunktør eller healer.

Biopatisk terapi

I følge biopatien er hensikten med grunnprogrammer å avlaste organismen og tilføre livsenergi for å starte en regenerasjon. Grunnprogrammene kan omfatte kost, vitaminer, mineraler, urter og symbioseterapi i form av Enderlein terapi (jf. punkt 6.3.5). I tillegg benyttes fytoterapi (jf. punkt 6.3.9). Biopaten benytter også «symbiosekorreksjon».

Forklaringsmåte

Professor Günther Enderlein (1872-1968) utviklet preparater som inneholdt urkjerner i homøopatisk form fra to komponentgrupper. For det første antigener eller giftstoffer som er utvunnet av bakteriekulturer, for eksempel streptokokker, tuberkulose, stafylokokker og lignende er giftstoffer som er sterilisert og fortynnet i forholdet 1:1.000.000.000 (D9). Preparatet skal gnis inn i huden, og skal i følge utøverne stimulere immunforsvaret til å bekjempe giftrester fra betennelsesfokus ervervet eller arvet, eller «påført» i mors liv.

For det andre preparater som inneholder antistoffer som er dannet ved å sprøyte ovennevnte giftstoffer i kaniner. Kaninene får en lett feber og i løpet av få dager utvikles immunitet overfor giftstoffene. Blod fra kaninene fortynnes i forholdet 1:1.000.000.000.

Til slutt blandes de to komponentene, og disse preparatene selges på apotek over hele verden.

Ved korrekt anvendelse har preparatene i følge biopatene følgende virkning:

- Antigeneffekt - antigenet oppfattes som en trussel av organismen og antistoffer dannes.
- Lysineffekt - sprenglesanene inneholder lysiner, som er antistoffer, og oppløser bakterier.
- Antitoxineffekt - preparatene inneholder antitoxineffekt som nøytraliserer giftstoffer som sirkulerer i blodet.

I følge biopatien finnes det i hvert menneskes liv tusener av belastninger som har en forstyrrende effekt på homøostasen. Disse forstyrrelsene kalles for anti-homøostatiske faktorer og grupperes slik:

- *Konstitusjonelle faktorer*: Den medfødte konstitusjon er betinget av nedarvede gener, morens tilstand under graviditeten, fødselsforløpet, medfødte forgiftninger og annet som kan disponere for sykdommer
- *Psykiske faktorer*: Fortidens traumer, nåtidens konflikter, sosiale forhold, livsfilosofi osv. som kan gi psykosomatiske sykdommer.
- *Mikrobiologiske faktorer*: Den negative effekt av skadelige (patogene) mikroorganismer som bakterier, sopp og virus som forårsaker infeksjoner, betennelser og forgiftninger.
- *Kjemiske faktorer* som igjen kan inndeles i to grupper: Mangeltilstander, for eksempel underskudd på vitaminer, mineraler, umettede fettsyrer, proteiner, enzymer m.m. og forgiftninger, for eksempel miljøgifter, stimulanter, medikamenter, toksiner dannet av patogene mikroorganismer og giftige stoffskifteprodukter.
- *Fysiske faktorer*: Mekaniske skader, manglende mosjon, sol, frisk luft og søvn, skadelig jordstråling og elektromagnetisk stråling fra el-installasjoner, radioktiv stråling, dårlig inneklima osv.

Innenfor biopatien er helse og sykdom forstått som reaksjonsmønstre på en lang rekke faktorer, både helsebringende og sykdomsfremkallende. Ideen om en sykdom - en årsak er ikke tilstrekkelig innen denne retningen. Sykdommer er resultat av en rekke destruktive faktorer og /eller mangler på helsebringende faktorer som har ulike virkninger på forskjellige individer til forskjellige tider og situasjoner.

Referanser

Biologisk Regeneration. Logos 1991. ISBN 87-89017-05-6.

Immunforsvarets ABCD. ISBN 92-87-89105-30-3.

Immunsystemet. Forlaget Focus 1988. ISBN 87-89017-04-8.

Regeneration - den anden vej til sundhet. Logos 1991. ISBN 87-89017-08-0.

6.3.6 Bioresonansterapi

Bioresonansterapi er en terapi og diagnosemetode som utføres ved hjelp av spesiell elektronisk apparatur. Den form for bioresonansterapi som er i bruk i Norge er basert på apparatet «Bicom».

Historikk

Utviklingen av bioresonansterapien er historisk knyttet til utviklingen av nye biofysiske teorier fra 1960-tallet. Bioresonansterapi var tidligere kjent som Morat-terapi, som ble grunnlagt av doktor Franz Morell i 1977. Cyril Smith, professor i biofysikk ved Salford University, England, videreutviklet metoden og den teoretiske modellen, til dels i samarbeid med professor H. Fröhlich, doktor J. Monroe og doktor R. Choy. Grunnlaget for deres arbeid var at den menneskelige organisme reagerer på ultrafine signaler i bestemte frekvensområder. Forskningsresultatene viste at de mest følsomme pasientene var allergikere, spesielt pasienter med næringsmiddelallergi (melkeallergi, hveteallergi) osv.

Beskrivelse av behandlingsformen

I følge utøverne brukes «Bicom-apparatet» dels diagnostisk, ved å registrere patologisk, elektromagnetisk informasjon fra pasienten og trekke diagnostiske slutninger av det, og dels terapeutisk ved å utligne patologisk, elektromagnetisk informasjon ved hjelp av pasientens egne svingninger. Bicom-apparatet er utviklet ved Brüggeman Instituttet i Tyskland.

Bioresonansterapiens virkningsprinsipp ved allergier er utelukkende allergenets inverssvingninger (= speilbildesvingning). Den produseres fra allergenets (allergen = et allergifremkallende stoff eller næringsmiddel) originalsvingning ved hjelp av elektromagnetisk speilvendt kobling i Bicom-apparatet, og ledes til pasienten gjennom ledninger og elektroder. Dette gjøres gjentagne ganger.

Terapeuten benytter forskjellige slags elektroder - hånd-, fot-, rulle-, fleksible elektroder osv. En punktelektrode kan brukes til å registrere informasjon fra akupunkturpunkter og smertepunkter.

Et såkalt biologisk filter i apparatet skiller mellom hva som defineres som friske, harmoniske svingninger og sykelige, disharmoniske svingninger. Mens de friske svingningene blir forsterket eller svekket før de overføres tilbake til pasienten, blir de disharmoniske svingningene sendt tilbake i invertert form (omvendt form). Formålet med disse motsvingningene er å nøytralisere eller motvirke forstyrrende svingninger i kroppen, for dermed å korrigere feilstyringer. Siden pasienten under terapien befinner seg i en krets med apparatet, vil terapisignalene hele tiden bli tilpasset pasientens forandrede situasjon. Denne stadige tilpasningen av terapisignaler til pasientens forandrede situasjon utgjør ifølge utøverne en biokybnetisk reguleringsprosess.

Hva terapien brukes for

I følge utøverne kan nesten alle sykdommer behandles med Bioresonansterapi. I Norge benyttes terapien mest ved diagnostikk og behandling av allergi.

I følge utøverne gir både skadelige virus, bakterier og deres giftstoffer, tungmetaller og andre miljøgifter fra seg skadelige svingninger. Det betyr at metoden også kan brukes i slike sammenhenger.

Forklaringsmåte

Terapien er basert på «ultrafin biokybernetikk» (kybernetikk er læren om regulerende og selvregulerende mekanismer i naturen og teknikken), et fagområde som omfatter biofysiske styrings- og reguleringsprosesser.

I følge utøverne har den menneskelige organismes biofysiske styrings- og reguleringsprosesser en elektromagnetisk kvalitet. De mener at denne ultrafine kommunikasjonen styrer de biokjemiske prosessene i organismen, blant annet stoffskifteprosesser, hormonproduksjon, vekst- og regenereringsprosesser. Forskere og terapeuter innen bioresonans mener at mange sykdommer begynner med feilaktige, disharmoniske svingninger, som fører til feilstyring av kjemiske prosesser i kroppen.

I lang tid har vi vært kjent med elektriske strømmer i hjertet som måles ved hjelp av elektrokardiografi (EKG), og med hjernebølgene som måles ved hjelp av elektroencephalografi (EEG). I tillegg til disse svingningsmønstrene som tydelig kan måles, finnes det i følge utøverne mange rytmer i kroppen, også hvert organ har sitt eget spesifikke, elektromagnetiske svingningsspekter. Det er disse som registreres av og brukes i forbindelse med Bicom-apparatet.

Referanser

Brügemann H. (red): *Bioresonance and multiresonance therapy (BRT)*. Karl Haug int.1993.

Dörfler S.: *Hefepilze im Körper Beschwerden, Therapien Lebenshilfen*, Sanitasverlag Wasserburg.

Dörfler S.: *Hilfe, Allergie! Allergiebehandlung konkret*. Sanitasverlag Wasserburg.

Dörfler S.: *Neue Lebenskraft durch Bioresonanz Diagnose, Therapie, Lebensweise*. Sanitasverlag Wasserburg.

Dörfler S.: *Ratgeber der gesunden Ernährung Theorie und Rezepte nicht nur für Hefepilzpatienten*. Sanitasverlag Wasserburg.

Endler P.C. Schylte J.: *Homöopathische Bioresonanztherapie*. Verlag W.Maudrich Wien-München-Bern.

Hanzl P.S.: *Das neue medizinische Paradigma*. Karl F. Haug Verlag.

Keymer M.: *Bicom Resonanz-Therapie (BRT)* Karl Haug Verlag.

Reinhold D., Will M. K. og Schmedtmann N. O.: *Bioenergie-Therapie. Ein ganzheitliches Diagnose- und Behandlungskonzept*. W. Jopp Verlag.

Schumacher P.: *Allergien gegen Tiere sind heilbar Angewandte biophysikalische Therapie*. Sonntag Verlag.

Schumacher P.: *Biophysikalische Therapie der Allergien*. Sonntag Verlag.

Schumacher P.: *Bio-psykikalische Allergie - Therapie Grundlagen und Ergebnisse* Innsbruck. Ärztezutrift für Naturheilverfahren 3/90 - oversatt av Idar Elvemo Holm 14/1990. Bioresonanz - Therapie. Mit körper- und substanz eigenen Schwingungen heilen. Reinhold D. Will, W Jopp Verlag Wiesbaden, 146 Seiten, Softcover.

Will R. D.: *Bioresonanz - Therapie. Mit körper- und substanz eigenen Schwingungen heilen*. W Jopp Verlag.

6.3.7 Blomstermedisin

Blomstermedisin hevdes å tilføre pasienten blomstens «energetiske kvaliteter», som skal aktivere pasientens selvhelbredende krefter. I likhet med homøopatiske midler er de kjemiske substansene ikke til stede i målbare doser. Virkemåten er således analog med homøopatiske legemidler. Blomstermedisin benyttes først og fremst mot emosjonelle symptomer.

Historikk

Blomsteressenser har vært kjent og brukt i en rekke kulturer langt tilbake i tid. De første kjente beskrivelser kommer fra Paracelsus (1493-1541). Han samlet dugg fra blomster til behandling av pasientenes følelsesmessige ubalanser. De fleste kunnskapene om blomsteressenser gikk senere gradvis tapt.

De mest kjente blomstermedisinene som brukes i dag er utviklet av den engelske legen doktor Edward Bach (1886-1936), men enkelte terapauter benytter også andre blomsteressenser, blant annet «Australian Bush Flower Essences».

6.3.7.1 *Bachs blomstermedisiner*

Edward Bach bestemte seg tidlig for å bli lege og fullførte i 1912 sitt legestudium. På denne tiden krevde infeksjonssykdommene mange menneskeliv, og barnedødeligheten var høy i England. Det var få medikamenter som kunne hjelpe på disse lidelsene. Bach satte igang med forskning og klassifisering av bakterier. Han ble mer og mer overbevist om at pasienter måtte behandles individuelt ut fra temperament og personlighet.

Bach flyttet til Wales etter å ha arbeidet en periode ved London Homeopathic Hospital. Det sies at hans følsomhet ble forsterket i disse landlige omgivelser, og at han etterhvert ble i stand til å føle de forskjellige planters egenskaper og kraft, samt hvilke mentale og følelsesmessige konflikter de kunne hjelpe for. I løpet av åtte år hadde han samlet 38 forskjellige remedier. Bach utviklet etter hvert også en trettiende remedie som er sammensatt av fem forskjellige blomsteressenser. Denne blir brukt til behandling av emosjonelt sjokk eller ved andre sterkt ubehagelige situasjoner.

6.3.7.2 *Australsk blomstermedisin*

Australian Bush Flower Essences er utviklet av Ian White. Han utviklet i alt 62 forskjellige blomsteressenser, som sies å være spesielt egnet for det moderne travle mennesket og problemer som stress og frustrasjon. Disse essensene brukes til å behandle problemområder som kommunikasjon, sex, læreferdigheter, kreativitet og spiritualitet - områder Bachs blomstermedisin ikke dekker.

Beskrivelse av behandlingsformen

Et grunnleggende konsept bak såvel blomstermedisin som en rekke andre holistiske terapier er at kroppen preges av våre tanker. Bach forsket på menneskesinnets forskjellige ubalanser og delte dem inn etter syv ulike psykiske tilstander:

1. Frykt
2. Ubesluttsomhet og usikkerhet
3. Ensomhet
4. Manglende interesse i nåværende tilstand
5. Overfølsomhet for tanker og ideer
6. Fortvilelse og motløshet
7. Overbekymring for andres velferd

Poenget til doktor Bach var å påvirke pasientenes mentale holdning. Han mente at fysisk sykdom var en slags «konsolidering av mental holdning». Pasienten selv er den viktigste faktor i denne spesielle helbredelsesformen. Den mentale prosessen påvirkes både gjennom inntak av en individuelt tilpasset blanding av blomstermedisin, men også gjennom kunnskap om hva de utvalgte står for og hva de skal prøve å gi av positiv selvinnsikt og selvutvikling.

Den rette essens velges ved utspørring eller andre testmetoder. I følge utøverne settes utspørringen emosjonelle symptom i relasjon til fysiske og psykososiale faktorer, og medvirker således til en bevisstgjøringsprosess.

Hva terapien brukes for

Blomstermedisin blir i dag brukt av stadig flere terapeuter, enten som supplerende terapi eller som enkeltstående behandlingsform. Midlene gis som engangsbehandling eller tas over én til flere måneder, avhengig av hvor dypt problemene sitter. Når man starter opp med behandling, kan enkelte i begynnelsen oppleve en forverring - på samme måte som med homøopatisk medisin (jf. punkt 6.3.11).

Referanser

Scheffer M.: *Bach's blomsterterapi. Teori og praksis*. Strubes Forlag 1991.

Granrud L.: *Bach's blomstermedisin*. Ex Libris Forlag AS 1994.

White I.: *Australian Bush Flower Essences*. Bantam Books 1991.

6.3.8 Ernæring og «helsekost»

Historikk

Gjennom de siste 100 år har interessen for kostholdets betydning for helsen vært økende. Blant pionerene i forrige århundre finner vi prestene Kneipp og Graham, som begge var opptatt av grov og naturlig kost. Interessen for råkost og tarmregulering fikk et oppsving med den sveitsiske legen Bircher-Benner rundt århundreskiftet, og i Norden fikk Frisksportbevegelsen stor utbredning i mellomkrigstiden med Are Waerland som en av foregangsmennene. Befolkningen ble anbefalt ubearbeidet og naturlig mat som svar på økningen i de såkalte sivilisasjonssykdommene. Mange helseheimer er grunnlagt på ideene fra denne perioden.

I global sammenheng er underernæring stadig et hovedproblem, og millioner av mennesker, spesielt barn, dør hvert år av sult. I skarp kontrast til dette faktum står vestens overflodssamfunn, der overernæring og livstilssykdommer er de dominerende helseproblemene. Blant disse sykdommene finner vi hjerte- og karsykdommer, kreft, tarmsykdommer og diabetes. Kostholdet kan også føre til mindre alvorlige problemer som tannråte, overvekt og forstoppelse. Som en motvekt til, og kanskje en reaksjon på denne overfloden, har det vokst frem en rekke forskjellige retninger hvor ideer om god og dårlig ernæring står sentralt. Kostholdet blir ikke lenger sett på kun som en kilde til nødvendige næringsstoffer, men får også betydning i folks bevissthet som mulig sykdomsfremmende eller helbredende faktor. I denne sammenheng har blant annet forskjellige typer alternativmedisinske dietter og vegetardietter vunnet terreng. Det har også vært en endring innen skolemedisinen på dette feltet. Mange utsagn som for 20 år siden ble oppfattet som alternativmedisinske, er i dag vel etablert innen skolemedisinen.

Beskrivelse av behandlingsformen

Spørreundersøkelser viser at alternativmedisinske utøvere, som den øvrige befolkningen, mener kosthold er en av de viktigste faktorene for å opprettholde og gjenvinne god helse. Mange alternativmedisinske utøvere gir derfor råd om kosthold og kosttilskudd som del av en helhetsbehandling. En liten gruppe utøvere

har kostveiledning som en vesentlig del av sin praksis, og det finnes en viss grad av spesialisering innen følgende grupper:

- matvareallergi og intoleranse
- tarmfloraforstyrrelser
- candida-syndrom
- makrobiotisk diett
- vegetar- og vegandietter
- økologisk og biodynamisk kosthold

Alternativmedisinske behandlere anbefaler diett ved en rekke sykdommer og plager, som hjerte- og karsykdommer, kreft, høyt blodtrykk, sukkersyke, tarm-lidelser, allergi og revmatisme.

Vegetardietter

Vegetarkost har fått økende popularitet i Vesten de siste tiår, og forkjempere for dette kostholdet anbefaler det av flere grunner, ikke alene ut fra et ernæringsmessig synspunkt:

- Vegetarkost er sunt.
- Vegetarkost er human. Det sparer livet til mange dyr som ellers må leve i mis-trivsel, for eksempel griser og kyllinger.
- Vegetarkost er ressursvennlig. Det går med omtrent 17 ganger så stort jordareal for å produsere et kilo kjøtt som for å produsere et kilo korn.

Det er store forskjeller innen det som betegnes som vegetarisk kosthold. Et hoved-skille går mellom vegetarianere som overhodet ikke spiser animalske produkter (veganere), og de som også inntar melkeprodukter (laktovegetarianere) eller både egg- og melkeprodukter (lakto-ovo-vegetarianere). Et annet skille kan trekkes mel-lom personer som spiser hovedsakelig rå mat, og de som spiser varmebehandlet mat. Råkosttilhengere mener varmebehandling ødelegger vitaminene og enzymene i maten, slik at kvaliteten reduseres. Filosofien bygger på at mennesket bør leve nærmere naturen, og at vi bør basere oss på mat slik den kommer rett fra jorda. Den andre ytterlighet representeres ved makrobiotikere som for det meste spiser kokt mat, og som mener at kroppen derved lettere kan ta opp næringsstoffer. Valget av råvarer er også forskjellig og avhengig av den enkeltes kunnskaper og motivasjon.

Det er forskjeller mellom etablert medisin og alternativ medisin når det gjelder holdningen til spesielle dietter. Den etablerte medisinen har vært mest opptatt av risikoen for feilernæring, mens forkjempere for alternativmedisinske kosthold har fokusert på den positive effekten på helse i befolkningen. Utøverne av behandlings-formen mener at det er liten grunn til å advare mot å følge et vegetarisk kosthold hvis man passer på inntaket av vitamin D og vitamin B12. De mener det kan gis som tilskudd. Et vegetarisk kosthold vil for de fleste føre til en forbedring av kostholdet med et lavere inntak av animalsk fett og høyere inntak av frukt og grønnsaker. Dette er i tråd med anbefalinger fra Statens ernæringsråd. Barn i vekst og gravide kvinner er mest utsatt for mangeltilstander, og småbarnsforeldre anbefales å utvise varsom-het ved et strengt vegetarisk kosthold.

Dietter anbefalt til kreftpasienter

Diettene er ofte sammensatt på bakgrunn av en bestemt filosofi, hvor mennes- ket ses som en del av naturen og miljøet. Det er derfor opp til den enkelte å velge et kosthold etter sin egen motivasjon og ideologi. Et kosthold som kan virke strengt og asketisk for noen, vil kunne fungere utmerket for andre. Ulike kostholdsretninger inneholder til dels motstridende råd og dette kan være frustrerende for pasientene. Likevel er det flere likheter enn forskjeller:

- Alle mener at kosthold er viktig i sykdomsbehandling.

- Alle fraråder inntak av kjøttprodukter.
- Alle anbefaler et høyt fiberinntak.
- Alle anbefaler økologisk dyrket mat.
- Alle fraråder raffinerte karbohydrater som sukker og hvitt mel.
- Alle fraråder stimulanser (kaffe og alkohol).
- De fleste anbefaler råkost (bortsett fra makrobiotisk kost).
- De fleste fraråder fett.
- De fleste er positive til frukt.
- De fleste anbefaler et høyt væskeinntak.

Psykiske reaksjoner på matvarer

Det har vært stor oppmerksomhet rundt muligheten for at visse former for matvareintoleranse kan gi seg utslag i forskjellige psykiske reaksjoner, alt fra atferdsforstyrrelser til forverring av psykoser. Det dreier seg om intoleranse overfor alminnelig brukte matvarer, som melk, brød og fargestoffer. Bakgrunnen for denne problemstillingen er blant annet at det er observert overhyppighet av schizofreni hos personer med cøliaki. På begynnelsen av 1970-tallet ble det derfor gjort studier der man ga schizofrene gluten- og melkefri diett. Den såkalte «Feingold-dietten», der hovedprinsippet var å unngå kunstige tilsetningsstoffer i maten, fikk også en viss utbredelse.

«Candida-relatert kompleks» eller «Candida-syndrom»

«Candida-relatert kompleks» er en hyppig brukt diagnose innen alternativ medisin, og mange pasienter står frem og forteller om god effekt av «anti-Candida-diett», som består av en diett uten sukker og gjærprodukter. *Candida albicans* er en sopp som er en del av normalfloraen i tarmen, men kan i enkelte tilfeller bli sykdomsfremkallende. Dette gjelder spesielt ved immundefekter eller ved endringer i tarmfloraen, for eksempel forbindelse med (langvarige) antibiotikakurer.

Ved «Candida-relatert kompleks» postuleres en overfølsomhet mot *Candida albicans*, og i 1978 fremmet Truss og medarbeidere en teori om at soppen kunne forårsake en rekke symptomer og plager, for eksempel astma, psoriasis, kronisk tretthet og irritabel tykktarm. Mekanismen ble antatt å være dels en immunologisk reaksjon, dels giftstoffer og andre nedbrytningsprodukter fra soppen. Ved «anti-Candida-diett» søker en å unngå sukkerholdige matvarer for å «sultefore» soppen i tarmen, og dessuten unngå matvarer med gjær og sopp sporer for å unngå kryssreaksjoner. Igjen er det et diagnostisk problem at det ikke finnes sikre objektive tester for å bekrefte diagnosen, og en diett uten sukker og gjærprodukter kan tenkes å påvirke en rekke tilstander i positiv retning.

Matvareallergi og -intoleranse

Forekomstene av disse lidelsene er ukjent, og anslagene varierer fra under 1 prosent (basert på allergitester) helt opp til 10-25 prosent, som inkluderer alle som en eller annen gang har reagert på matvarer. Innen alternativmedisinske kretser stilles diagnosen ut fra symptomer, som kan inkludere kroniske luftveislidelser, eksem, mageknip, diaré, hyperaktivitet og andre mer psykisk betingede symptomer, eventuelt supplert med hudtester og/eller blodanalyser. Behandlingen består av mer eller mindre strenge eliminasjonsdietter, ofte supplert med produkter som inneholder melkesyredannende bakterier, såkalte probiotika. Innen den etablerte medisinen er forskjellige former for matvareintoleranse godt kjent, men diagnostikken er vanskelig. Gullstandarden er i følge utøverne en kombinasjon av allergitestning, eliminasjonsdiett, og hvis bedring - provokasjonsforsøk.

Lavt blodsukker - hypoglykemi

Alternativmedisinske terapeuter bruker denne diagnosen basert på symptomer som økt tretthet, skjelvinger, konsentrasjonsvansker og hodepine, spesielt når

disse problemene forsterkes ved lange intervaller mellom måltidene og bedres ved inntak av mat og drikke. En antar at små måltider med søt mat og drikke forårsaker en økt insulinrespons fra bukspyttkjertelen. Diagnosen stilles ofte ved 6 timers blod-sukkerbelastning, og diagnosen stilles hvis blodsukkerkurven i løpet av denne tiden faller vesentlig under fastende verdi. Behandlingen er regelmessige måltider med langsomt fordøyelige kullhydrater og proteinrike matvarer.

Mat som medisin eller «Functional foods»

Matvarer inneholder foruten vitaminer, mineraler og sporstoffer en rekke ulike stoffer som blant annet bioflavonoider og fytostoffer. Dette er stoffer som påvirker kroppens kjemi gjennom at de har antioksydanteffekter eller inneholder hormonlignende substanser. Eksempler på dette er:

- Melkesyrebakterier
- Svovelstoffer i løk og hvitløk
- Fytosteroler med hormonlignende effekter
- Krydder som ingefær og karve

Overgangen mellom mat og medisin er således noe flytende, og dette understrekes ytterligere ved at man kan få kjøpt soyapulver i kapselform og egne næringsdrikker.

Fremtidens kostråd - økologisk eller ikke?

Det er en utbredt oppfatning innen alternativmedisinske miljøer at økologisk dyrkede eller biodynamisk dyrkede matvarer er sunnere enn konvensjonelt dyrkede matvarer. Begrunnelsen er at konvensjonelle matvarer har en lavere kvalitet, et lavere næringsinnhold samt høyere innhold av sprøytemidler og miljøgifter. Det har vært vanskelig å bevise om en slik forskjell eksisterer, bortsett fra innholdet av sprøytemidler. I det hele tatt har solide bevis vært mangelvare i diskusjonen omkring tilsetningsstoffer og sprøytemidler. De fleste dyremodellene der man tester stoffenes farlighet, er sannsynligvis for enkle. I praksis betyr testene at virkningen av stoffer, som gitt alene i store doser til gnagere i bur på standardfor over kort tid, kan overføres til mennesker som lever 70-80 år og er utsatt for hundrevis av kjemiske stoffer. Erfaringsmessig har en rekke stoffer som var klassifisert som ufarlige, for eksempel DDT, senere vist seg å være helseskadelige. Derfor ser vi i dag en økende interesse for økologisk landbruk, også utenfor alternativmedisinske kretser.

Makrobiotikk

Makrobiotikk er en kostholdsretning med opprinnelse i kinesisk og japansk medisin. Makrobiotikk er mer enn mat: det er egentlig en livsfilosofi, hvor det å spise i balanse med naturen er kun det første skrittet i en større utviklingsprosess for å bli et sunt og fritt menneske. Poenget er å skape balanse med omgivelsene ved å balansere matens energi. Sykdommer oppstår i følge makrobiotikk når kroppen kommer ut av balanse som følge av kost og levevaner. Sunnhet kan i følge utøverne oppnås ved å spise mer balansert mat.

Makrobiotikk ble introdusert til Vesten i begynnelsen av 50-årene av japaneren George Oshawa, og fremsto som en radikal og streng diett, sentrert omkring kornprodukter og grønnsaker. Michio Kushi, elev av Oshawa, har ført makrobiotikken videre i en mer ernæringsmessig variert utgave.

Tradisjonelt har omgivelsene i stor grad definert kostholdet. Årstider og klima begrenset utvalget og mengdene av mange matsorter. I de fleste kulturer er kornet eller «det daglige brød» grunnstammen i kostholdet. For eksempel ris i Østen, hirse i Midtøsten, bokhvete i Russland, mais i Amerika og bygg, hvete, havre og rug i Europa.

Makrobiotikerne mener at kostholdet har mistet sin naturlige balanse og ikke lenger er tilpasset våre omgivelser. Resultatet er sykdom og ubalanse. Kroppen vår

varsler oss om sine behov, men vår intuisjon og instinkter til å velge mat er ikke hva de var, og de er ikke på langt nær så skarpe som for eksempel hos dyrene. Dessuten er det vanskelig ikke å ha forutinntatte meninger om mat, da symbolverdier, reklame, fordommer og følelser påvirker oss sterkt.

I følge utøverne må det tas individuelle hensyn ved tilpasning av kosthold, og det må tilpasses klima, aktivitet, alder, kjønn, årstid, helsemessige tilstand m.m. Makrobiotikk er ikke en intellektuell oppfinnelse, men nært knyttet til tradisjonelt kosthold og til en flere hundreårig tradisjon av orientalsk medisin, hvor kosthold alltid har vært ansett som basis for liv og helse.

Makrobiotikk er ikke nødvendigvis et vegetarisk kosthold, men består hovedsakelig av vegetariske produkter som korn, bønner, grønnsaker, tang, nøtter og frø, frukt og eventuelt fisk, avhengig av årstid og klima. Standard makrobiotisk kost består av:

- 30-50 prosent kornprodukter
- 20-30 prosent lokalt dyrkede grønnsaker
- 5-10 prosent suppe, bønner og tang og eventuelt fisk
- 5-10 prosent frukt, nøtter, frø og olje

Innenfor denne fordelingsnøkkelen finnes store variasjonsmuligheter med hensyn til sammensetning av råvarer, og ikke minst med tilberedningsmåter som: rått - lett-kokt - langtidskokt - trykkokt - stekt - frityrstekt - bakt - saltet - syltet - tørket m.m.

Blant de matvarer som makrobiotikere unngår helt eller delvis er: kjøtt, egg, melkeprodukter, tropiske frukter, rå frukt, grønnsaksjuice, sterke krydderier, raffinert mel, konserveringsmidler og alle former for tilsetningsstoffer. Raffinert sukker i enhver form, brunt sukker, honning og sjokolade. Alkohol, te, kaffe, vin, fruktjuice, sterke urteteer og kullsyreholdige drikker.

I makrobiotikk er individuelle justeringer viktig. Ved sykdom snevres kosten mer inn i kortere eller lenger perioder, og ved alvorlig sykdom er det avgjørende å få en konsultasjon med en erfaren makrobiotisk kostveileder. Det er også viktig å lære slik matlaging direkte gjennom personer med erfaring med slik mat og ikke kun gjennom bøker.

I følge makrobiotikk er livet alltid i forandring. Årstidene skifter, dagen er forskjellig fra morgen til kveld, kroppen forandrer seg fra fødsel til død, og hvert eneste øyeblikk er en dynamisk prosess av konstant forandring. Sunnhet er den enkeltes evne til å tilpasse seg endringer og påvirkninger. Hvis man ikke justerer seg vil naturen skape balanse, for eksempel gjennom sykdom.

Den energimessige dimensjonen i mat er overordnet i makrobiotikken, men den inkluderer også andre dimensjoner som tradisjonell ernæringsteori, og er snarere et supplement til denne enn en motsetning.

Makrobiotikk beskriver livsenergi som yin og yang, eller utvidende og sammentrekkende krefter. Dette betyr at man ser på mat først og fremst som livsenergi, og hvordan maten og omgivelsenes energi påvirker våre liv og vår helse.

Ved å gjenopprette kroppens balanse, mener utøverne at makrobiotikk kan hjelpe for de fleste sykdommer. Den benyttes blant annet i kreftbehandling i USA i dag, og kalles «The cancer prevention diet».

Referanser:

Balch J. F. og Balch P. A.: *Prescription for Nutritional Healing*. Avery Publishing Group 1997.

Brostoff J. og Gamlin L.: *Alt om matallergi og -intoleranse*. Cappelen forlag 1991.

- Brown V.: *Macrobiotic Miracle*. Japan publications 1985.
- Bruset S.: *Kreft og jakten på mirakler*. Gyldendal forlag 1993.
- Carter J. P. et al.: *Hypnosis: Dietary Management May Improve Survival Form Nutritionally Linked Cancers Based on Analysis of Representative Cases*. Journal of the American College of Nutrition 1993.
- Chandra R. K.: *Effect of vitamin and trace-element supplementation on immune responses and infection in elderly subjects*. Lancet 1992 340:1124-7.
- Davies S. og Stewart A.: *Nutritional Medicine*. Pan Books 1987.
- Dwyer J.: *Heath aspects of vegetarian diets*. Am J Clin Nutr 1988 48:712-38.
- Ernst E.: *Risks and benefits of vegetarianism*. British J of Hospital Med 1997 8:372-4.
- Flytlie K.: *Vitaminrevolusjonen*. Hilt & Hansteen 1997.
- Hafskjold U.: *Den lille krydderhave*. Lier 1993.
- Hartwell J. I.: *Plants used against cancer. A survey*. Lloydia 1971 34:3:310-61.
- Helsedirektoratet. *Alminnelige forskrifter om legemidler* 1992.
- Levine M. et al.: *Vitamin C pharmacokinetics in healthy volunteers: Evidence for a recommended dietary allowance*. Proc Natl. Acad. Sci 1996 93:3704-9.
- Lydeking E.: *Ny næring - mad og terapi*. Klitrose 1990.
- Murray M. og Pizzorno J.: *Encyclopedia of natural medicine*. Little, Brown and Company 1996.
- Nes M., Müller H. og Pedersen J I.: *Ernæringslære*. Landsforeningen for kosthold og helse 1994.
- Nussbaum E.: *Recovery from Cancer* Avery Publishing Group 1992.
- Poleszynski D. (red.): *Riktig mat - bedre helse*. Det Beste 1996.
- Sizer F. og Whitney E.: *Nutrition - concepts and controversies*. Wadsworth Publishing Company 1997.
- The Burton Goldberg Group: *Alternative Medicine*. Future Medicine Publishing 1997.
- Todd A.: *Double Vision*. Wesleyan University Press 1995.
- Truss C. O.: *Tissue injury induced by Candida Albicans, mental and neurological manifestations*. J Orthomol Psychiatry 1978 7:17-37.
- Weiss R. F.: *Lehrbuch der Phytotherapie* 6. auflage. Hippokrates Verlag 1985.
- Werbach M. R.: *Foundations of Nutritional Medicine*. Third Line Press 1997.
- Werbach M. R.: *Nutritional Influences on Illness*. Third Line Press 1993.

6.3.9 Fytoterapi - moderne urtemedisin

Historikk

Lite er beskrevet om bruk av urter i stein-, bronse- og jernalder her i Norge. Fra funn i andre land vet vi at bruken av visse urter var kjent. Et arkeologisk funn fra Irak har vist at neanderthalere regelmessig brukte urter for 60 000 år siden. Steinaldermannen som nettopp ble funnet i alpine, er minst 3 000 år gammel og bar på en liten lærpung med urter. En av disse hadde antibakteriell virkning og kunne ha vært brukt i behandling av infeksjoner. Samenes folkemedisin er omtalt i bind V av De samiske samlinger og baserer seg først og fremst på lokale, viltvoksende planter. Urter og planter ble regelmessig samlet inn og hovedsakelig brukt mot ulike lidelser som selvhjelp, vanskeligere tilfeller ble overlatt til den lokale sjaman eller til spesielt urtekyndige.

Norge har mange tradisjoner når det gjelder bruk av urter til medisin som grovt kan deles inn i:

- førhistorisk bruk
- samisk folkemedisin

- norrøn bruk
- importert medisin fra munkeordener
- folkemedisin og trolldomsurter
- industriproduksjon
- moderne medisinsk bruk

Andre lands bruk av urter

I følge Verdens Helseorganisasjon dekker 80 prosent av jordens befolkning sine daglige medisinske behov gjennom planter. Blant jordas folkerike nasjoner som India og Kina, samt store i deler av Asia, Syd-Amerika og Afrika, er bruk av urter utstrakt. Dette skyldes at farmasøytiske spesialpreparater er dyre i innkjøp og vanskelig å få tak i. Dessuten er bruk av urter dypt rotfestet i folks lokale kultur, og den medisinske bruken administreres stort sett av lokale urtekyndige som medisinmenn, sjamaner og kloke koner.

Verdens helseorganisasjon har startet et program for å dokumentere bruk og virkning av tradisjonell plantemedisin som kan oppsummeres slik:

- Kritisk undersøke tradisjonelle remedier og praksis
- Identifisere planter og naturprodukter
- Finne de nyttige og motarbeide de uvirksomme og farlige
- Fremme videre forskning og utveksling av kunnskap

Dette arbeidet koordineres fra Verdens helseorganisasjon i Genève, og inneholder i dag opplysninger om flere tusen medisinplanter fra hele verden. Målet er å ta vare på den rike erfaring fra urtetradisjoner i forskjellige land og hjelpe fattige land med å ivareta nyttige urtetradisjoner.

Beskrivelse av behandlingsformen

Tradisjonell bruk av urter baserer seg i hovedsak på erfaring, og med betydelige lokale variasjoner. Dette kan skyldes både forskjeller med hensyn til lokal kultur og religion, men også at urtenes innholdsstoffer kan variere etter vekstforhold som jordsmonn og klima. Urter danner også naturlig stoffer for å beskytte seg mot dyr (antibiotestoffer) og insekter (pestisider). Inneholdet av disse vil også variere. Man må derfor regne med at de lokale urtekyndige brukte planter som vokste på stedet, ut fra erfaring som både omfattet virkning og eventuelt bivirkninger. Økt reisevirksomhet førte så til import av urter til krydder og medisinsk bruk, særlig handelsforbindelsen med det fjerne Østen hadde stor betydning for Europa.

Parallelt med utviklingen av moderne botanikk, farmakognosi og farmasi i vårt århundre, fikk man også økte muligheter til å bestemme urtenes oppbygning og innholdsstoffer. På grunn av at man har funnet frem til de aktive innholdsstoffene, er det også mulig å sammenligne urter dyrket i forskjellige land. Flere nasjonale og internasjonale forskningsprogrammer omfatter i dag medisinske effekter av urter.

ESCOP (European Scientific Cooperative for Phytotherapy) ble dannet i 1989, som en paraplyorganisasjon bestående av 6 nasjoner: Belgia, Frankrike, Tyskland, Nederland, Sveits og Storbritannia. Målet var å bedre den vitenskapelige status til plantemedisin og lette harmoniseringen av EUs regelverk. De har så langt gitt ut flere monografier som beskriver dagens viten om plantene.

Industriproduksjon i Norge

Norge har, i forhold til mange andre land, få tradisjoner når det gjelder industriproduksjon av medisinplanter. Det finnes likevel noen få unntak, for eksempel nypeproduksjon i regi av Weiders farmasøytiske industri og urteproduksjon i regi av Vinmonopolet. Ved Torgerud gård og medisinske plantefarm ved Kragerø ble det fram til 1976 dyrket til sammen 40 mål med urter. Stramonium (Piggeple), utgjorde det største volumet av de dyrkede urtene, og ble brukt til produksjon av såkalte

astmasigaretter. Det var dessuten en oppblomstring av urtedyrkning - mer eller mindre profesjonelt - under første, og særlig andre, verdenskrig.

Bruk av urtemedisin i dagens Norge

Urter brukes i hovedsak som egenbehandling for lettere sykdommer og plager. Dessuten foreskrives urter av alternativmedisinske utøvere i hensikt å behandle spesielle tilstander, som for eksempel fordøyelsesbesvær og gjentatte infeksjoner i luftveier og urinveiene.

Bruken av urtemedisin har også vist en økning i vestlige industriland, på tross av fremgangen til farmasøytisk forskning og industri. I følge beregninger har urtemarkedet vokst med ca 15 prosent de siste 5 år i den industrialiserte del av verden. Dette må ses i sammenheng med økningen av interessen for alternativmedisin, samt et ønske om å ta del i ansvaret for egen helse ved hjelp av «mykere» legemidler som urter og kosttilskudd. I Norge har omsetningen av urter gjennom Norsk medisinaldepot (NMD) sunket de siste årene, og de mest solgte urtene har vist et fall i omsetningen i størrelsesorden 10-20 prosent. Samtidig har det vært en økning i omsetningen av urter gjennom helsekostbransjen og dagligvare, slik at det også i Norge har vært en klar økning av den totale omsetning av urter.

Moderne medisinsk bruk av urter

Lærebøker i farmakologi for medisinerstudenter inneholdt opptil 1950-årene kapitler om medisinsk bruk av urter. De seneste tiår beskrives urter enten som et historisk fenomen eller med negativt fortegn. Man vektlegger mangelen på standardisering, vansker med dosering og lite klinisk dokumentasjon.

Fra slutten av 1970-tallet økte interessen for urtemedisin innen alternativ medisin og hos befolkningen. Det oppsto flere skoler som utdannet terapeuter, og hovedtyngden av kunnskapen om praktisk bruk av urter flyttet seg fra medisinske og farmasøytiske universitetsmiljøer til alternativmedisinske utdanningsinstitusjoner. En rundspørring blant 378 vilkårlig utvalgte alternativmedisinske utøvere fra 1995, viste at samtlige brukte planter eller plantebaserte produkter i sin praksis. Dagens situasjon er derfor at hoveddelen av medisinske urter foreskrives av ikke-medisinsk personell i Norge. Dette til forskjell fra flere andre europeiske land, der leger fortsatt bruker urter som en del av sin daglige praksis.

Andre lands urtemedisin

Det finnes langvarige urtetradisjoner på de fleste kontinenter. Disse kan være knyttet til urbefolkningen eller etniske grupper som indianere i Nord- og Sør-Amerika eller aborigines i Australia. I land som Kina og India brukes urtemedisin parallelt med moderne medisinske legemidler. Mange steder finnes også en levende og kommersielt aktiv urtemedisin knyttet til industri og forskningsmiljøer. En rekke universiteter i Europa underviser i urtemedisin, og bruken av urter har et stort økonomisk volum. I følge undersøkelser foreskriver 30-40 prosent av allmennpraktiserende leger i Tyskland og Frankrike urtemedisiner og naturprodukter.

Bruk av urter i befolkningen sammenlignet med alternativmedisin:

Land	Bruk av alternativmedisin	Bruk av urter
Belgia	39%	31%
Frankrike	49%	12%
Storbritannia	26%	24%
USA	34%	9%

Forklaringsmåte

Bestemmelse av hvilke innholdsstoffer som er ansvarlige for biologiske effekter er en vanskelig, men viktig oppgave når det gjelder produksjon av medisinske urter. Moderne analysemetoder har gjort det mulig å foreta kompliserte analyser av urtenes innholdsstoffer. Problemet er at det kan være flere virkestoffer som påvirker hverandres virkning eller har helt forskjellige virkninger. Ginseng inneholder for eksempel mer enn 10 ulike ginsenosider som har lignende virkninger, og hvitløk inneholder ca. 70 ulike svovelforbindelser.

En rekke forskjellige metoder benyttes til innholdsbestemmelse:

- organoleptisk undersøkelse
- mikroskopisk undersøkelse
- fysisk undersøkelse
- kjemisk (inkludert gasskromatografi og MR)
- biologiske undersøkelser (screening for effekt og giftighet)

I fremtiden vil sannsynligvis alle urter til medisinsk bruk måtte dokumentere innhold av aktive innholdsstoffer. Kort sagt kan man si at det er mengden aktive innholdsstoffer kunden betaler for. En undersøkelse foretatt av Universitetet i Oslo som sammenlignet innholdet av aktive stoffer i kamille fra apotek, helsekostforretninger eller dyrket på friland i Norge, viste store kvalitetsforskjeller. De norskproduserte urtene hadde et betydelig høyere innhold av chamazulen og bisabolol, som regnes for å være de viktigste aktive stoffene.

Farmasøytisk industri og urtemedisin

Blant moderne legemidler regner man med at 20-25 prosent inneholder aktive stoffer som stammer fra planter. Eksempler på dette er digitoxin, colchicine, cyklosporin, kodein, morfin, sennes-produkter og vinca-alkaloider.

For 15 år siden hadde ingen av verdens 250 ledende farmasøytiske bedrifter egne forskningsprogrammer vedrørende høyere planter. I dag har halvparten slike forskningsprogrammer. Flere av de seneste års mest interessante medikamenter stammer fra planter. Et eksempel er innen kreftbehandling, hvor man har brukt plantebaserte medikamenter som Vinca rosea og Podophyllum peltatum. Førstnevnte stammer fra Madagaskar, der den ble brukt i behandling av diabetes, mens Podophyllum er kjent fra folkemedisinsk bruk mot kreft. Nylig har man tatt i bruk medikamentene Taxol og Taxoter, som er utvunnet fra Taxus brevifolia (stillehavsbarlind). Dette er cellegiften med det største potensialet de siste 15 år, særlig mot eggstokkreft og brystkreft. Et annet middel, CPT-11, stammer fra det kinesiske treet Camptotheca acuminata og har vist lovende resultater i utprøving mot endetarmkreft.

Flere farmasøytiske firmaer er i økende grad engasjert i omsetning av registrerte naturlegemidler som Ginkgo biloba, Echinacea og Johannesurt. Omsetningstall fra de siste år viser at den sterkeste økningen i omsetning av urter sannsynligvis vil være registrerte naturlegemidler.

Fremtid

Man regner med at kun 10 prosent av verdens over 250 000 blomstrende planter er grundig testet for deres medisinske egenskaper. På den annen side viser beregninger at 60 000 av disse vil være utryddet innen år 2050 på grunn av ødeleggelse av deres naturlige vekstområder. Mange farmasøytiske bedrifter samler nå inn plantemateriale fra for eksempel regnskogen i Amazonas, for å sikre seg materiale til videre forskning. I følge Nordiska Genbanken kan genetiske ressurser, i dette tilfelle genetisk materiale fra planter, defineres som en av våre viktigste ressurser for fremtiden. Organisasjonen International Unit for Conservation of Nature and Natural Resources har utviklet en global såkalt «rødliste» over truede planter. Her finnes fire kategorier: utdødde arter, truede arter, sårbare arter og sjeldne arter. I Europa

befinner ca 5000 karplanter (blomster, nåletrær og bregner) seg på denne listen av et totalt antall på 30-40 000 planter. Av Norges ca. 2 000 naturlig forekommende karplanter befinner ca. 150 av dem på rødlisten. Plantene trues i stadig større grad av tilvoksing, forurensning, nedbeiting og gjødsling.

Referanser:

- Bremnes L.: *Den store urteboken*. ISBN 82-05-19139-5.
- Bruce Å.: *Løk och vitløk i medicinen - en oversikt, Många effekter men tvivel på Helsekostpreparat*. *Läkartidningen* 1992 89:14:1189-93.
- Cox P.A. og Balick M.J.: *The Ethnobotanical Approach to drug discovery*. *Scientific America* 1994 6:60-65.
- Det Beste A/S.: *Våre medisinske planter*. ISBN 82-7010-156-7.
- Dragland S., Smestad-Paulse B., Wold J. K. og Rognlien B.: *Medisinplanter - Nytt råstoff for norsk industri*. *Fag Info* (Statens Fagtjeneste for Landbruket) 1993 29:62-71.
- Duke J.A.: *Handbook of Medicinal Herbs*. CRC Press 1985.
- Guidelines for the assessment of Herbal Medicines*. Verdens helseorganisasjon 1991.
- Hansel R. og Haas H.: *Therapie mit Phytopharmaka*. Springer -Verlag 1984.
- Holmes P.: *The energetics of Western herbs*. vol. 1 og 2. ISBN 0-962-3477-3-6.
- Lind P.O. og Bruhn J.G.: *Biologiske effekter av kamomill*. *Läkartidningen* 1984 81:51:4846-52.
- Melchart D., Linde K. et al.: *Immunomodulation with Echinacea - a systematic review of controlled clinical trials*. *Phytomedicine* 1994 1:245-54.
- NONA Katalogen*. Bransjerådet for Naturmidler 1994.
- Nordal A., Rognlien B. og Svaar T.: *Urter til Mat og Medisin*. NRK 1988.
- Rognlien B.: *Fytoterapi ved sykdommer i fordøyelsen, Fytoterapi ved sykdommer i luftveiene, Fytoterapi ved sykdommer i nyre og urinveier*. Norsk Akademi for Naturmedisin 1981-1983.
- SLK: *Retningslinjer for godkjenning av naturmidler*. jan.1994.
- Wagner H., Wiesenauer M.: *Phytotherapie*. Gustav Fischer 1995.
- Weiss R.F.: *Lehrbuch der Phytotherapie*. Hippokrates Verlag 1974
- Werbach M.R., Murray M.T.: *Botanical Influences on Illness*. Third Line Press 1994.

6.3.10 Healing og håndspåleggelse

Healing betyr helbredelse - å gjøre hel. Healing omfatter metoder hvor utøveren har en intensjon om å hjelpe med konsentrasjon, berøring, eller bevegelse i energifeltet. I følge utøverne kan dette involvere kontakt med en ekstern guddommelig helbredende livsenergi eller spesielle evner/krefter som utøveren selv er i besittelse av.

Historikk

Helbredelse ved håndspåleggelse har vært praktisert i kulturer siden førhistorisk tid, og har også vært en del av tidligere vestlig medisinsk praksis. Håndspåleggelse har også hatt en sentral plass i norsk folkemedisin. Det finnes fremdeles håndspåleggere og helbredere i de fleste byer og bygder i landet. De fleste har praktisert i det stille. Noen har vært kjent over hele landet, også utover landets grenser.

Fra middelalderen av ble håndspåleggelse forbudt praktisert av lekfolk. Håndspåleggere og lekfolk utenfor kirken ble forfulgt som kjettere og hekser. En del stater i USA har fremdeles lovfestet prestemonopol på «helbredelse», og England opphevet sin hekselovgivning så sent som på 1950-tallet.

Healerbegrepet kom i bruk i Norge tidlig på 1980-tallet, parallelt med den voksende interessen for alternativmedisinske behandlingsformer. Ordet er det engelske uttrykket for en helbreder - «en som gjør hel». Mange helbredere velger nå å kalle seg «healere». Betegnelsen kan ses på som uttrykk for et skille fra religiøse troshelbredere. Healere i Norge definerer vanligvis sine evner som et naturlig anlegg eller evne, og mener at religiøs tro ikke er nødvendig for at healing skal hjelpe.

Beskrivelse av behandlingsformen

Healing er først og fremst basert på evner, ikke på teoretisk kunnskap. Kjærlighet og empati anses som sentrale personlige egenskaper hos mennesker med helbrederevner. En healer kan defineres som «en person som har en naturlig evne til å formidle eller overføre en livsenergi (fra «energeia», gresk for «virksom kraft») som kan fremme en helbredelsesprosess». Dette foregår som regel ved en form for håndspåleggelse eller ved å arbeide i feltet nær kroppen. Healing kan også formidles ved tanke, ord og bønn.

Mennesker med helbrederevner kommer fra alle lag av folket. Mange mener de har arvet evnene fra sine forfedre. Noen er blitt fortalt av andre at de har slike evner. De fleste har mer eller mindre tilfeldig blitt oppmerksom på sine evner. Mange av dem har begynt å hjelpe mennesker i sin private omgangskrets, og har etter hvert blitt kjent i sitt nærmiljø. Helbredernes legitimitet har tradisjonelt ligget i resultater og anseelse i nærmiljøet. Klientene er vanligvis rekruttert gjennom bekjente som selv har hatt kontakt med helbrederen.

Mange mener at evnen er et menneskelig potensiale som de fleste kan utvikle i forskjellig grad.

Healere trenger ingen medisinsk diagnose for å hjelpe, og stiller oftest ikke diagnoser. Under behandlingen er klienten påkledd, og sitter eller ligger. Healeren sanser sykdom, patologi og ubalanser som disharmoniske energifelt. Disse kan oppleves som smerte, kulde, vind osv.

I følge utøverne vil den fysiske kroppen bedre være i stand til å helbrede seg selv når energisystemet er i balanse. De mener at healing gir vitalitet til menneskets naturlige evne til å helbrede seg selv. Det er ingen klar grense mellom sjel og kropp, disse anses som aspekter av bevisstheten som avspeiler og gjensidig påvirker hverandre.

Under behandlingen kan klienten i følge utøverne oppleve varme, kulde, energistrømninger, spontane bevegelser i kroppen og emosjonelle reaksjoner. Det er også vanlig å bli svært avslappet og tung i kroppen under og like etter en slik behandling. Enkelte opplever en kortvarig forverring av tilstanden i dagene umiddelbart etter behandlingen. Dette er ikke en «bivirkning», men en naturlig respons som viser at kroppens egne helbredelsesprosesser er virksomme.

Forklaringsmåte

Healing forklares av utøverne ut ifra individets og den kulturelle virkelighetsforståelse. De ulike forklaringsmodeller har det til felles at de har basis i en spirituell virkelighetsforståelse og/eller en forståelse av mennesket som et bioenergetisk vesen. Fra alle kulturer kjenner man forestillingen om en vitalkraft som er tilstedeværende i alt liv og som har innvirkning på alle livsprosesser. I Kina kalles denne kraften *chi*, i Japan *reiki*, i India *prana* og i vestlig tradisjon *vital livskraft*, *energeia* eller *ånd*.

Healing virker ifølge utøverne ved at healeren overfører livsenergi til klienten, eller ved at healeren påvirker frekvenser og/eller bevirker omorganiseringer i klientens bioenergetiske felt, også kalt biofelt. Mange healere benytter en forklaringsmodell basert på et menneskelig livsenergifelt, kalt *aura* (aura er gresk for «vind»). Auraen er et subtilt og flerdimensjonalt livsenergisystem som omgir og gjennomtrenger den fysiske kroppen. Auraen er nært knyttet til vårt tanke- og følelses-

esliv, til hele vår bevissthet. Her er det et nettverk av livsenergisentre og livsenergibaner, som et slags usynlig nervesystem, som blant annet tar inn vital livskraft til hver eneste celle i kroppen.

Auraens nivåer anses av utøverne som spesifikt relatert til aspekter av menneskets bevissthet. For eksempel snakker man om et eterisk felt, eterlegemet, som er relatert til kroppslige prosesser, vitalitet og overskudd. Eterlegemet er et felt med bioelektriske egenskaper som gjennomtrenger den fysiske kroppen og strekker seg 5-10 centimeter ut over kroppens grenser. I eterlegemet ligger det et nettverk av livsenergibaner som et usynlig nervesystem.

Auraen har i følge utøverne også en følelseskropp som er relatert til personlige følelser, en mental kropp relatert til rasjonell tanke, en høyere følelseskropp relatert til relasjoner og andre bevissthetslag som er relatert til menneskets spirituelle kvaliteter og den åndelige sammenheng vi lever i. De mener at det i auraen er livsenergisentre hvor informasjon fra forskjellige bevissthetsnivåer når den fysiske kroppen via eterlegemet. I India kalles disse for «chakra», som betyr lysende hjul. Det er vanlig at healere sanser livsenergisentrene og auraens felt, noen hevder også å kunne se aura visuelt.

Utøverne mener at sykdom og symptom i hovedsak er relatert til menneskets bevissthet, til tanker og følelser. Via livsenergisystemer blir det materialet som ligger i bevisstheten forplantet til den fysiske kroppen. Informasjon fra ulike bevissthetslag kan også bli liggende i andre nivåer av auraen, og vil da arte seg som det som kalles psykiske lidelser. Dersom ubalansen blir korrigert mener man at symptomene vil forsvinne, da kroppen vil helbrede seg selv.

Healing har oppnådd anerkjennelse blant sykepleiere i USA, under navnet Therapeutic Touch (TT/Terapeutisk Berøring). Terapeutisk Berøring ble introdusert i Norge tidlig på 1970-tallet. Innenfor TT-miljøene tar man utgangspunkt i to forskjellige modeller for å forklare healing. Den ene modellen bygger på indisk filosofi, mens den andre tar utgangspunkt i nyere forskning og forklaringsmodeller innen fysikk. Ut fra denne siste modellen mener de at det er mulig å helbrede sykdom ved å manipulere livsenergifeltene og ved å lede livsenergi til kroppen, i stedet for å manipulere celler igjennom bruk av medikamenter eller kirurgi. Sentralt i denne modellen er teorien om at livsenergifelt er den grunnleggende enhet i alt levende og ikke-levende. Mennesker har ikke livsenergifelt, men *er* livsenergifelt. Mennesker og omgivelser er i kontinuerlig livsenergiutveksling. Terapeutens funksjon er i følge utøverne å bidra til å balansere og omorganisere klientens livsenergifelt og terapeutens bevissthetsnivå, det vil si evne til å være sentrert, fokusert og meditativ, noe som er sentrale faktorer for at interaksjonen kan skje. I denne forklaringsmodellen bidrar utøveren, gjennom resonans, til å endre mønstre og strukturer i klientens livsenergifelt.

Healere kan sjelden forutsi virkningen av behandlingen, men de mener at healing i seg selv ikke kan skade, og behandlingen har ingen uønskede bivirkninger. Det er ikke nødvendig å avbryte andre typer behandling for at healing skal kunne hjelpe.

Det finnes flere varianter av healing. I det følgende beskrives eksempler på terapivarianter som er brukt i Norge:

6.3.10.1 Fjernhealing

Fjernhealing og helbredelse ved bønn innebærer et samspill mellom levende organismer over avstand. Den helbredende livsenergien anses som knyttet til bevisstheten, ikke til fysisk form. Utøverne mener at bevisstheten er ikke-lokal, at den ikke er begrenset i tid og rom. Enkelte mennesker som har dyp følelsesmessig kon-

takt med hverandre rapporterer at de kan sanse hverandres stemninger, også over avstand.

Mange healere opplever en dyp enhet med klienten under behandlingen, også ved fjernhealing. I denne bevissthetstilstanden hevder mange healere å få kontakt med klienten. Healerne mener at kjærlighet er en sentral faktor i den terapeutiske relasjonen. Noen mener at kjærlighet er den virksomme faktor i healing, andre at kjærlighet er sentralt for at den kraften som formidles skal nå mottaker.

6.3.10.2 Reiki-healing

Reiki-healing er et japansk healingssystem som ble gjenoppdaget av Mikaomi Usui tidlig i dette århundret. Reiki betyr «universell livsenergi». Reikisystemet ble bragt til USA og Vesten av en kvinne fra Hawaii ved navn Haiwaioo Trakata, som lenge var eneutøver av metoden før hun begynte å undervise andre.

Reiki-healing skal i følge utøverne gi mulighet til å åpne opp mottageligheten for den universelle bioenergi, ved en innvielse gitt av en Reiki-lærer. Det er en enkel metode som benyttes til selvutvikling eller healing av andre, ved hjelp av hendene.

6.3.10.3 Shen-terapi

Shen-terapi er en healingmetode utviklet i USA på 80-tallet. Ordet Shen står for Specific Human Energy Nexus (som oversatt betyr «spesifikke menneskelige energiforbindelser/sammenhenger»).

Terapien tar utgangspunkt i at det finnes et «subtelt energifelt» knyttet til den menneskelige kropp, som alt liv i kroppen synes å være avhengige av.

Terapien er en såkalt «hands-on» terapi, hvor terapeuten legger sine hender på klientens kropp i noen bestemte mønstre for å frigjøre spenninger og fortrenkte eller undertrykte følelser. «Somatisk affekt» er et viktig begrep i Shen-terapien og som defineres som «den del av den samlede følelsesmessige opplevelse/erfaring som oppfattes og sanses av den fysiske kropp».

Referanser

Alver og Selberg: *Det er mer mellom himmel og jord*. Vett og Viten 1991.

Benor D.: *Healing Research*. Helix Verlag 1992.

Borchgrevink C. F.: *Forbruk og dokumentert effekt av enkelte alternativ medisinske behandlingsmetoder*. Arbeidsrapport nr. 1/97. Statens institutt for folkehelse 1997.

Dacher E. S.: *PNI: the new mind/body healing program*. Paragon House 1993.

Det Norske Healerforbundet: *Healing*. Informasjonsbrosjyre 1996.

Dossey L.: *Ord som helbreder. Om bønnens kraft i lys av moderne medisin*. Grøndal Dreyer 1996.

Egeland E.: *Healing og den levende prosess*. Impuls - tidsskrift for psykologi, 1994:3.

Gerber R.: *Vibrational Medicine*. Bear & Company 1988.

Harvey D.: *Healing - Kraften der helbreder*. Hernov forlag 1984.

Jørgensen og Ovesen: *Politikens bog om healing*. Politikens Forlag A/S 1989.

Millenson J.R.: *Mind Matters. Psychological Medicine in Holistic Practice*. Eastland Press 1995.

Sayre-Adams og Wright: *The Theory and Practice of Therapeutic Touch*. Churchill Livingstone 1995.

Sayre-Adams J.: *Therapeutic Touch - principles and practise*. Complementary Therapies in Medicine 1993;1:96-99.

Vassnes B.: *Myten om fornuften*. Pax forlag 1997.

Wiedell J.: *Forskningsprosjekt om Healing*. Healerringen 1995.

6.3.11 Homøopati

Ordet homøopati kommer av de greske ordene «homoios», som betyr lik eller lignende, og «pathos», som betyr sykdom. Dette avspeiler homøopatens hovedprinsipp - likhetsloven. Likhetsloven postulerer at sykdom kan leges av et stoff, som ved utprøving har kunnet fremkalle symptom som ligner pasientens symptomer.

Historikk

Det homøopatiske prinsipp er beskrevet allerede i gamle indiske, greske, kinesiske og jødiske skrifter. Hippokrates postulerte at «sykdom elimineres gjennom midler som kan fremkalle lignende symptomer». Paracelsus hevdet også at «det samme må helbredes med det samme»: «*similia similibus curentur*». Paracelsus var skeptisk til den romerske legen Galenos medisinske teorier, blant annet hans hovedprinsipp «*contraria contrariis*». Contraria-prinsippet dominerer fortsatt dagens skolemedisinske tankegang og innebærer bruk av medisiner som fører til en tilstand som er motsatt av sykdommens hovedsymptomer.

Det var den tyske legen og farmasøyten Samuel Hahnemann som først satte homøopatien i system. Det var under oversettelsen av doktor William Cullens «A treatise on Materia Medica», at han kom på sporet av det homøopatiske prinsipp. Her stod det blant annet at malariamedisinen *kinin* foruten å kurere malariefeber, også kunne *fremkalle* malarialignende symptomer. Dette syntes Hahnemann virket underlig og bestemte seg for å teste ut medisinen på seg selv. Til sin forbauselse utviklet han typiske malariasymptomer. Han gjentok forsøket flere ganger og fikk kolleger til å gjøre det samme. Alle utviklet de samme malarialignende symptomene. Dette var begynnelsen på en periode med eksperimentering og videre forskning som varte i seks år før han publiserte sine oppdagelser om likhetsloven.

Selv om homøopatien på 1800-tallet ble avvist av den etablerte medisinen, spredte den seg hurtig til Europa og USA i løpet av de nærmeste årene etter at Hahnemann publiserte likhetsloven. Utbredelsen av homøopati gikk deretter tilbake i løpet av første halvdel av 1900-tallet.

Siden 1960-70 årene har homøopatien igjen fått et kraftig oppsving og benyttes nå av et stort antall leger og terapeuter verden over.

J.C.C. Wang var den første norske homøopat vi kjenner. Han praktiserte i 1860-årene. Den første norske homøopatiforeningen ble stiftet i 1928. Norsk Homøopatisk Pasientforening ble dannet i 1951. I 1965 førte foreningen en rettssak mot Staten, som hevdet at kun leger kunne ordinere homøopatiske medisiner. Saken kom helt til Høyesterett, hvor Staten tapte.

Beskrivelse av behandlingsformen

Likhetsloven er hovedprinsippet i homøopatien og innebærer at et stoff, som i normale eller store doser er i stand til å fremkalle visse symptomer, i *små doser* kan brukes for å lege en sykdomstilstand med et tilsvarende symptom-bilde. De som arbeider med homøopati er derfor særlig interessert i utdypende kunnskaper om forskjellige stoffers sykdomsfremkallende egenskaper. Hovedtyngden av denne kunnskapen er kartlagt via systematiske utprøvinger på friske mennesker (i tillegg kommer blant annet beskrevne forgiftningstilfeller og overdosering ved bruk innen folkemedisinen og skolemedisinen. Dette resulterer i et symptom-bilde (som i homøopatien kalles et *legemiddelbilde*) som danner basis for senere ordinasjon av stoffet etter likhetsprinsippet. For eksempel kan planten *Podophyllum peltatum*

benyttes ved magesyke, da utprøvingssymptomene blant annet innebærer mage/tarm forstyrrelser i form av plutselig trang til avføring, diaré, kvalme og oppkast. Belladonnaurt (*Atropa belladonna*) er en viktig homøopatisk medisin ved febertilstander. Utprøving fører til tørrhet i hud og slimhinner, tørste, kraftig rødme, hurtig puls og åndedrett. Alt dette kan være symptom ved feber.

Den homøopatiske medisinen, som i mange tilfeller er hentet fra giftige naturstoffer, og derfor representerer en patogen innflytelse eller impuls, synes i følge utøverne å provosere organismen til å gi en motrespons som virker legende. Motresponsen blir riktig i forhold til sykdommen, da man bruker et stoff som har fremkalt det samme sykdomsbildet som den lidelsen man ønsker å behandle. Dette kan sammenlignes med vaksinasjon og hyposensibilisering innen skolemedisinsk behandling. Også her brukes de samme stoffene (i svekket form) som kan frembringe sykdommen. Disse metodene har i tillegg til dette felles med homøopati at man benytter sterke fortynninger av det opprinnelige stoffet.

Innen homøopaten oppfattes en stor del av symptomene som uttrykk for organismens kamp mot sykdommen. For eksempel er feber en viktig del av kroppens forsvar ved infeksjoner. Homøopater er derfor prinsipielt skeptisk til all behandling som lindrer eller fjerner enkeltsymptom uten å gjøre noe med den underliggende årsaken (pasientens totale livssituasjon og sykdomsbilde bør alltid inkluderes i behandlingsstrategien). Derved kan kroppens egne anstrengelser for å bli frisk motarbeides, og dette kan resultere i en forlengelse av sykdommen. I verste fall risikerer man at sykdommen undertrykkes og at mer alvorlig patologi utvikles.

Homøopatiske medisiner selges via apotek. Man bruker som oftest melkesukkertabletter gjennomtrukket av ulike homøopatiske medisiner. Derfor ser medisinene like ut: Små hvite piller eller tabletter. De fleste homøopatiske medisiner er av botanisk eller mineralsk opprinnelse, med noen få unntak, for eksempel ulike slange- og edderkoppgifter.

Den homøopatiske farmakopeen inneholder over 2 000 stoffer. Av disse benyttes 5-600 hyppig i den daglige praksis. Mange av disse stammer fra Hahnemanns tid, og deres pålitelighet er derfor stadfestet gjennom nesten 200 års erfaring og gjentatte prøvinger.

Siden likhetsloven ble gjenoppdaget for cirka 200 år siden, har det foregått en stadig videreutvikling av den homøopatiske farmakopeen. Nye stoffer prøves ut, og gamle midler bekreftes gjennom nye utprøvinger. I tillegg skjer en kontinuerlig verifisering av preparatene gjennom klinisk erfaring fra hundretusener av homøopater verden over. Den nye erfaringen og kunnskapen samles og systematiseres i *Materia Medica* (oppslagsbøker som inneholder en oversikt over alle medisinene) og *Repertorier* (registre hvor symptomene fra alle medisinene er indeksert). I dag gjøres utprøvingene hovedsaklig dobbelt- eller enkeltblindt og placebokontrollert.

Hva terapien brukes for

Homøopati er i følge utøverne en helhetlig behandlingsform. De mener at alle pasientens symptomer må inkluderes i behandlingsstrategien, og målet med behandlingen er ikke kun å fjerne de lokale sykdomssymptomene, men også å styrke pasientens generelle tilstand.

Homøopati er i følge homøopatene en individuell behandlingsform. Pasienter som ifølge skolemedisinske kriterier ville få *samme diagnose*, kan etter en homøopatisk vurdering ha behov for helt forskjellige medisiner, da det totale symptombildet etter en slik vurdering kan variere mye fra individ til individ. Homøopatene mener at dette omfattende symptombildet ikke kommer i stedet for, men utfyller den skolemedisinske diagnosen, og gjør det mulig for homøopaten å finne en individuelt tilpasset medisin. For eksempel er *Bryonia alba* (svartgallbær) og *Rhus toxicodendron* (giftsumak) planter som er hyppig brukt i homøopati ved artritt. *Bryonia*

forordnes hvis pasienten er følsom for varme og har verking og smerte i leddene som forverres av den minste bevegelse. Pasienten føler seg bedre når det er kjølig og leddsmertene bedres av ro og hvile. Rhus toxicodendron vil være indisert når pasienten har det motsatte symptombildet, i det leddsmertene her blir bedre av bevegelse og verre av ro og kuldepåvirkning.

Alle mennesker har en helt spesiell psykisk og fysisk sammensetning (betinget av arv og miljø), som er unik og som skiller det fra alle andre. Innen homøopatien kalles dette for personens konstitusjon. På det fysiske planet utgjøres konstitusjonen av karakteristiske egenskaper i organsystemer og vev som i stor grad bestemmer den enkeltes reaksjonsmønster på alle typer indre og ytre forhold.

Ved å behandle pasientens konstitusjonelle tilbøyeligheter kan uheldige psykiske og fysiske reaksjonsmønstre motvirkes mener homøopatene. På denne måten mener homøopatien at dypere nivåer av sykdommen kan nås og at mulighetene for en varig helbredelse blir større.

I praksis oppsøkes homøopater for nesten *alle* typer plager. Undersøkelser viser at den største andelen konsultasjoner gjelder infeksjoner i øvre og nedre luftveier, utslett (særlig eksem), allergi, psykiske plager (spesielt depresjon og angst), samt plager i muskel- og skjelettsystemet. I tillegg ses ofte pasienter med hodepine, kvinnelidelser (premenstruelt syndrom og menstruasjonsplager), plager under svangerskap (svangerskapskvalme, svangerskapsdepresjon og bekkenløsning), urinveisplager (spesielt gjentatte infeksjoner i blære) og fordøyelsesplager.

Teoretisk, ifølge likhetsloven og homøopatene, kan alle de tilstander behandles, hvor det finnes en homøopatisk medisin som ved utprøving har produsert et *legemiddelbilde som ligner på pasientens symptomer*. Da den homøopatiske farmakopeen består av over 2 000 forskjellige stoffer, hver med sitt unike legemiddelbilde, blir spekteret av sykdomstilstander som kan behandles meget bredt.

Prognosen vil være god hvis homøopaten kan finne en medisin som samsvarer godt med pasientens symptomer. I følge utøverne har homøopati minst effekt i de tilfeller hvor det har oppstått omfattende vevsødeleggelse eller slitasje. Derfor er det en fordel å starte behandlingen tidlig i sykdomsforløpet.

Den homøopatiske konsultasjonen er svært omfattende og berører mange områder i pasientens liv. Dette fører ofte til større selverkjennelse og bevisstgjøring omkring de faktorer som har ført til sykdommen. Pasienten føler større ansvar for sin egen situasjon og blir aktivt engasjert i helbredelsesprosessen.

Homøopatisk medisin

Et kontroversielt spørsmål i forbindelse med homøopati, er fremstillingsmetoden og det faktum at stoffene ofte fortynnes langt utover Avogadros tall. Dette vil si at medisinene ofte er så fortynnet at det ikke skal kunne påvises kjemiske bestanddeler (molekyler) fra det råstoffet som fortynnes. Dagens homøopater mener forklaringen på hvordan potenserte medisiner kan virke kan forklares utfra moderne felt- og bioresonansforskning. Det er viktig å understreke at Hahnemann de 13 første årene etter gjenoppdagelsen av likhetsloven benyttet medisinene i materielle doser (ufortynnet). Men mange av stoffene som ble brukt var svært giftige og førte til bivirkninger som Hahnemann ønsket å redusere. Derfor begynte han å eksperimentere med stadig høyere fortynninger. Men etter hvert som medisinene ble nok utvannet, forsvant ikke bare bivirkningene, men også den legende effekten.

Etter mange års prøving og feiling kom Hahnemann, som også var farmasøyt, fram til en to-trinns fremstillingsmetode som førte til at medisinenes skadelige virkninger ble fjernet, samtidig som deres legende effekt ble bevart.

Ved denne to-trinnsmetoden fortynnes modertinkturen (den medisinske substansen oppløst i alkohol) etter en av to anvendte serier ved å blande 1/10 (D-serien) eller 1/100 (C-serien) av løsningen med henholdsvis 9 eller 99 deler løsningsme-

dium (oftest alkohol eller vann). Deretter ristes løsningen kraftig (ikke etter noe bestemt ritual eller lignende, slik det fremstilles av enkelte kritikere). Dette utgjør første fortynningsresultat og kalles en D1- eller C1-potens, avhengig av hvilket fortynningsforhold (1/10 eller 1/100) som benyttes. Denne to-trinnssekvensen gjentas inntil man har den ønskede fortynningsgraden. For eksempel oppnås en D200-potens ved å fortynne modertinkturen etter D-serien 200 ganger. Avogadros tall overskrides ved en D24-potens. Erfaring overbeviste Hahnemann om at medisinene ved denne metoden ikke bare mistet sine giftige egenskaper, men faktisk ble mer potente når det gjaldt deres evne til å stimulere kroppens legende krefter. Derfor kalles den homøopatiske fremstillingsprosessen for potensering.

Referanser

Bellavite P. og Signorini A.: *Homoeopathy: a frontier in medical science*. North Atlantic Books 1995.

Bradford T.L.: *The Logic of Figures or Comparative Results of Homeopathic and Other Treatments*. Boericke and Tafel 1900.

ECHMRG (The European Commission Homeopathic Medicine Research): *Report from European Commission Homeopathic Medicine Research Group*. Hominform 1997.

Hahnemann S.: *Organon*. Aage Stenseth Forlag 1994.

Hahnemann S.: *The Chronic Diseases*. Jain Publishers 1995.

Hovland I. T. B.: *Markedsundersøkelse av pasientgrunnlag*. Dynamis 1996.

Johnston L.: *Din Hverdagsmedisin. Hva er homøopati?* Homøopatibokhandelen 1995.

Kleijnen J., Knipschild P. og Ter Riet G.: *Clinical trials of homeopathy*. British Medical Journal 1991;302:316-23.

Kvamme O. J.: *Innføring i alternativ medisin*. Universitetsforlaget 1996.

Straumsheim P. A.: *Pasientregistrering, Pilotprosjekt for registrering av pasienter i egen praksis*. Dynamis 1991. ISSN 0801-6046.

Sankaran R.: *The spirit of homoeopathy*. Homoeopathic medical publishers 1991.

The European Committee for Homoeopathy: *A Strategi for Research in Homoeopathy*. Nederland 1997.

Vithoulkas G.: *Homøopati - fremtidens medisin*. Futhark Forlag 1991.

Vithoulkas G.: *Ny modell for helse og sykdom*. Homøopatibokhandelen 1995.

Vithoulkas G.: *The science of homoeopathy*. Grove Press 1980.

6.3.12 Kinesiologi

Ordet kinesiologi betyr «læren om bevegelse» og er en betegnelse på studiet av menneskelig bevegelse. Den utstrakte bruken av ordet kinesiologi blant terapeuter som arbeider med muskeltesting, har ført til at ordet har fått en ny, popularisert mening. I denne sammenhengen betyr kinesiologi en metode basert på muskeltesting som avdekker tilstanden og påvirker kroppens livsenergisystem i den hensikt å skape balanse - strukturelt, kjemisk og psykisk.

Historikk

Kinesiologi er et «ungt» fagområde, men er til dels basert på gamle kunnskaper. Kinesiologi ble utviklet som system i begynnelsen av 1960-årene av den amerikanske kiropraktoren George Goodheart. Han kalte systemet «Applied Kinesiology». I 1976 ble The International College of Applied Kinesiology (ICAK) opprettet. Det organiserer videreutdanning for kiropraktorer, leger og annet helsepersonell som

har minimum 4 000 timers basisutdanning. ICAK står for storparten av forskning som er gjort om kinesiologi.

I løpet av disse tredve årene har det utviklet seg en rekke kinesiologiske spesialområder. Her kan nevnes noen: «touch for health», «biokinesiologi», «educational kinesiologi», «stress release», «three in one» konseptet, «applied physiology», «kinesiopathy», «hyperton-x» og «professional kinesiology».

Kinesiologi er et fagområde i rivende utvikling. Det utvikles stadig nye spesialiteter ettersom arbeidsmetoden i følge utøverne kan kombineres med andre naturmedisinske metoder og med kunnskaper fra mer tradisjonelle fagområder innen helsesektoren, som for eksempel psykologi, fysiologi og hjerneforskning.

I 1973 utgav den amerikanske kiropraktoren John F. Thie boken «Touch for Health». Det er en samling behandlingsmetoder som er beregnet for legfolk. Disse selvhjelpsmetodene danner forøvrig det viktigste grunnlaget også for all profesjonell kinesiologi. Boken er oversatt til 15 språk og utgitt i 50 forskjellige land og det undervises av godkjente instruktører. Hvert land har en hovedinstruktør/trener som har ansvaret og ivaretar kontakten med International Kinesiology College.

I 1989 ble Den Norske Kinesiologiforening etablert. Den er tilknyttet IKC (The International Kinesiology College i Zurich). Profesjonelle utøvere er også tilknyttet The International Association of Specialised Kinesiologists (IASK), en internasjonal fagorganisasjon for kinesiologer.

Testing av muskler

Kinesiologens hovedmetode er testing av muskler. Muskeltest er ikke å forstå som en måte å vurdere muskelens styrke eller størrelse, men en dynamisk test av muskelens funksjonelle integritet. Som kiropraktor brukte Goodheart disse muskeltestene primært for å teste ut hvilken innvirkning de spinale manipulasjonene han gjorde hadde på spesielle muskler, og hvorvidt behandlingen bedret musklens evne til å holde stabilt imot et manuelt test-trykk. Han oppfattet dette som en indikator på musklens evne til livsenergi gjennomstrømning og derved helsetilstand.

Muskler og organreflekser

I 1965 tok Goodheart i bruk et system som var utarbeidet av osteopat Frank Chapman - Nevrolymfatiske reflekspunkter - et system av reflekspunkter som forbedrer lymfedrenasjen. I følge utøverne har disse punktene korrelasjon til bestemte organer og dermed også til ulike helseproblemer. Goodheart kartla forholdet mellom spesifikke ustabile muskler og dysfunksjon i bestemte organer og kjertler. Han fant at personer med for eksempel magesår nesten alltid hadde en svak muskeltest av pectoralis major clavicularis, mens personer med nyreproblemer testet svakt på psoas-muskelen. Chapmans reflekser ble således korrelert med spesifikke ustabile muskler.

Etterhvert integrerte han også arbeidet til doktor Terrence Bennett, som hadde utarbeidet en teknikk som relaterte spesielle punkter på hodet og kroppen til blodgjennomstrømning i organer og kjertler, noe som igjen virker inn på forskjellige kroppsfunksjoner. Goodheart korrelerte mange av disse punktene med de forbindelsene han allerede hadde oppdaget mellom muskler og organer. Den videre utviklingen av reflekssystemene innen kinesiologi har etterhvert inkorporert soner på hele kroppen slik disse også brukes i andre sonerelaterte terapier (soneterapi, shiatsu, bindevevsmassasje, øreakupunktur, polaritetsterapi med flere).

Muskler og energimeridianer

Goodheart utviklet et system for diagnostisering og behandling basert på forholdet mellom spesifikke muskler og organer. Han fant at meridianlæren fra tradisjonell kinesisk medisin gir en teori som kan forklare forholdet mellom muskler og organer.

Goodheart knyttet dette systemet sammen med sitt eget muskel-organ system, slik at dette også omfatter energimeridianene. Dette gav ham det helhetlige systemet som han lenge hadde vært på utkikk etter, og det teoretiske grunnlaget for å forstå hvorfor en muskel var «svak» ved muskeltest. Å styrke en muskel er i følge kinesiologyene i praksis også å balansere meridianenergien som forsyner det tilhørende organet.

Behandlingsprinsipper

Kinesiologen behandler ikke sykdommer eller symptomer som sådan, men i følge utøverne, tester og balanserer livsenergien slik at man styrker personens selvhelbredelsesprosesser, for dermed å fremme hans eller hennes eget potensiale. Ved hjelp av muskeltest finner kinesiologen ut på hvilket nivå (kjemisk, strukturelt eller psykisk) man skal behandle pasienten for å balansere vedkommendes blokkerte livsenergi. Meridianlæren benyttes for å forstå hvordan disse tre nivåene er forbundet gjennom gjensidige påvirkninger.

Hva terapien brukes for

Kinesiologi blir brukt i flere sammenhenger for å gi «balansering» til personen. Kinesiologi blir også brukt som en av flere metoder av andre yrkesgrupper, for eksempel leger, fysioterapeuter, naturterapeuter, tannleger, psykologer og pedagoger. I Norge er for eksempel pedagogisk kinesiologi mye brukt. Dette er i følge utøverne en stressreduserende veiledning som fremmer mestring av læreversker. Muskeltest brukes da som biofeedback til å kartlegge hvilke forhold som hindrer læring. I balanseringen vektlegges metoder som i følge kinesiologyene forbedrer hjernens koordinering, slik at læringsevnen bedres. Disse omfatter en rekke visualiseringsmetoder, fysiske øvelser og teknikker som medvirker til emosjonell frigjøring.

Referanser

Encyclopedia of Mind and Body, vol.1: *Allergis*. Biokinesiology Institute.

Encyclopedia of Mind and Body, vol.3: Biokinesiology Institute.

Dewe B. J.: *Professional Kinesiology Practitioners 1 - 4*. P. K. P. International.

Hovgard E. og Tamsen J.: *Kinesiologi. Kroppsbalansering*. Forlaget Kinese.

Krebs C.: *A Revolutionary Way of Thinking*.

Stokes G. og Whiteside D.: *One Brain. Innføring i pedagogisk kinesiologi*. Pedagogisk Psykologisk Forlag.

Thie J. F.: *Touch for Health*.

Topping W.: *Success over Distress*.

Topping W.: *Balancing the Body's Energies*.

Walter D. S.: *Basic procedures and muscle testing*. Applied kinesiology, volume 1.

Walter D. S.: *Applied kinesiology, synopsis*.

6.3.13 Kosttilskudd, vitamin- og mineralterapi

Historikk

Bruken av vitaminer, mineraler og andre kosttilskudd, såkalt orto-molekylær terapi, er utbredt innen alternativmedisin. Begrepet ble introdusert av den dobbelte nobelprisvinner Linus Pauling i 1979, og ordet stammer fra det greske «orthos», som betyr riktig eller korrekt. Ortomolekylær betyr derfor de riktige molekylene i de riktige mengdene.

Innen alternativ medisin benyttes foruten kjente vitaminer, mineraler og sporstoffer også andre stoffer som for eksempel coenzym Q-10, melkesyretilskudd samt

omega-3 og omega-6 fettsyrer og lechitin. I den senere tid, har det dukket opp annonser fra firmaer som selger produkter via postordre fra utlandet. Dette er tilskudd som ikke kan selges lovlig i Norge: aminosyrer, melatonin, DHEA og høydoserte vitamin- og mineralpreparater. Melatonin og DHEA er hormoner som finnes i menneskekroppen, og disse selges reseptfritt i land som USA. I Norge er de klassifisert som legemidler, da Statens Legemiddelkontroll hevder de har medisinske effekter.

Beskrivelse av behandlingsformen

Mange utøvere av alternativ medisin anser det viktig at kroppen er i ernæringsmessig balanse for å kunne respondere på behandling, og gir derfor råd om å innta tilskudd. Synet på ernæringens betydning for helsen er at mangeltilstander og ikke optimal ernæring anses for å være vanlig, og at kosttilskudd dermed kan ha et betydelig terapeutisk potensiale.

Kostholdsforskere har tradisjonelt vært opptatt av næringsinntak på to nivåer:

- Tilstrekkelig inntak, det vil si minste inntak som beskytter mot mangelsykdommer. Det er utarbeidet kostanbefalinger som tar utgangspunkt i minimumsbehov, og deretter har man sammenholdt dette med faktisk inntak, giftighet, kroppens lager, blodverdiene m.m. De vurderingene som vanligvis (også i Norden) legges til grunn for anbefalinger, er sammenfattet i RDA - Recommended Dietary Allowances. De er utarbeidet av National Research Council, USA, og representerer det inntaket som man tror er tilstrekkelig for friske amerikanere med en rimelig vel-sammensatt kost. Anbefalingene anses ikke tilstrekkelige til å møte de økte behovene man har ved sykdom, stressituasjoner eller for eksempel røyking.
- Maksimalt inntak, som er det inntak som eventuelt kan føre til skader eller forgiftninger.

Bestemmelsen av disse nivåene er dels gjort ved kontrollerte forsøk med friske personer, dels ut fra rapporterte forgiftninger i medisinsk litteratur. Mange vitaminer skilles ut i urinen ved høye doser, mens de fettløselige vitaminene som vitamin A og D lagres i kroppen. Helsetilsynet har satt maksimumsgrenser for innhold av vitaminer og mineraler i kosttilskudd for å hindre overdosering.

Alternativ medisin har i stor grad vært opptatt av to nivåer av inntak som ligger mellom de to ovenfor nevnte:

- Optimalt inntak - som er det inntaket som forebygger sykdom og gir kroppen best evne til å møte hverdagens krav. Det er en stor skepsis innen alternativ medisin om RDA-verdiene og ikke minst den offisielle holdningen om at et vanlig norsk kosthold inneholder tilstrekkelig mengder vitaminer og mineraler. Utøverne av behandlingsformen mener at grupper av befolkningen har sannsynligvis ikke et optimalt inntak av næringsstoffer, mange greier ikke engang å innta nok vitaminer og mineraler til å oppfylle RDA. Dette gjelder særlig eldre og syke. Undersøkelser av eldre som tyder på at inntaket er marginalt av en rekke næringsstoffer, deriblant vitamin C og vitamin D. Hvilket inntak av vitaminer og mineraler gir den beste beskyttelse mot sykdommer? Hva gir optimal helse og trivsel? Dette er spørsmål ingen har svar på i dag. Moderne forskning tyder på at RDA-verdiene kan være satt for lavt for optimal helse ved forebygging av medfødte misdannelser (folinsyre) samt hjerte- og karsykdommer (vitamin B6, B12, C og E).
- Terapeutisk inntak er den mengden der vitaminer, mineraler og andre kostfaktorer kan brukes som behandling av sykdom. Dette kan for noen næringsstoffer ligge like over de daglige anbefalinger, men for andre kan det dreie seg om opp til 100 ganger dagsdosen, såkalte megadoser. Utøvere av alternativ medisin

anbefaler for eksempel ofte store doser av vitamin C ved forkjølelse og svekket immunsystem samt vitamin E ved hjerte- og karsykdommer. Prinsippet er også kjent i skolemedisinen, for eksempel når det gjelder bruk av vitamin A i behandling av barneleukemi.

Diagnostikk

Blodprøver blir ofte benyttet i diagnostikk av mangeltilstander innen den etablerte medisin, men kun terapeuter som samarbeider med leger har adgang til disse analysene. Anbefalinger om kosttilskudd skjer oftest utfra pasientens sykdom som for eksempel nattlysolje ved barneeksem. Terapeutene kan også bruke spesielle metoder i diagnostikk av mangeltilstander og ernæringsmessig ubalanse. Blant disse er kinesiologi, hvor man ved muskeltesting prøver å diagnostisere mangeltilstander, og vega-test der man måler energipunkter på fingrene. Disse metodene er ikke dokumentert gjennom at man har funnet samsvar med testmetoder som brukes i den etablerte medisin som blod- og vevsprøver. Mye brukt er håranalyse, hvor innholdet av mineraler måles i en hårprøve som sendes til utlandet (Tyskland eller USA). Ut fra denne analysen foreskrives kosttilskudd. I følge moderne undersøkelser kan analysen gi verdifulle data om visse sporstoffer, inkludert enkelte tungmetaller. En av de største feilkildene er pasientenes hårpleiemidler, som for eksempel kan inneholde store mengder sink og selen. Noen benytter også den såkalte Bryce-Smith smakstest i diagnostikk av sinkmangel, som også har en viss anerkjennelse innen den etablerte medisin.

Hva terapien brukes for

Eksempler på spesielle anbefalinger av kosttilskudd er:

- Vitamin A - ved infeksjoner, kreft og hudsykdommer som for eksempel psoriasis
- Vitamin B - ved sirkulasjonsforstyrrelser (B3), PMS (B6) og nevrologiske lidelser (B12)
- Vitamin C - ved virussykdommer, forkjølelse og i kreftbehandling
- Vitamin E - ved arteriosklerose og fibroadenomatose (cyster i brystene)
- Krom - ved ustabil blodsukker og som hjelp ved slanking
- Selen - for å binde tungmetaller og forebygge kreft (kvikksølv, kadmium)
- Sink - ved spisevegring og hudproblemer
- Melkesyrebakterier - ved avføringsproblemer og inflammatoriske tarmsykdommer
- Q 10 - ved hjertesvikt og energimangel
- Bioflavonoider - ved karskjørhet og øyenbunnslidelser
- Omega-3 fettsyrer - ved leddsmerter og for å forebygge hjerte- og karsykdom
- Omega-6 fettsyrer - mot atopisk eksem og PMS (nattlysolje)

Forklaringsmåte

Terapeutene hevder at for at kroppen skal kunne fungere optimalt må den ha optimal tilførsel av næringsstoffer. Det er vesentlig både når det gjelder å forebygge sykdom og når kroppen skal helbrede seg selv. Dessuten virker de ulike alternative terapier bedre når kroppen er i ernæringsmessig balanse.

Referanser

Akerele O., Heywood V., Synge H.: *Conservation of medicinal plants*. Cambridge University Press 1991.

Akerele O.: *The best of two worlds: Bringing traditional medicine up to date*. Soc Sci Med 1987 2:177-81.

Alver B. G.: *Folkemedisin*. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 1986 7:596-9.

Arfeen Z. et al.: *A double-blind randomized controlled trial of ginger for the prevention of postoperative nausea and vomiting*. *Anaesth Intensive Care* 1995 Aug;23:4:449-452.

Awang D. V. C. og Kindack D. G.: *Echinacea*. *Can Pharm J* 1991 124:512-16.

Awang D. V. C.: *Commercial Taheebo lacks active ingredient*. *Can Pharm J* 1988 121:323-6.

Bivirkninger av naturmidler. SLK-nytt 1990 1.

Borchgrevink C. F., Bruset S. og Lunden J.: *Alternativ medisin*. NAVF rapport 1991.

Bruce Å.: *Løk och vitløk i medicinen - en översikt. Många effekter men tvivel på hälsokostpreparat*. *Läkartidningen* 1992 89:14:1189-93.

Bruset S. og Enge A.: *Misteltein i behandling av kreft*. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 1993 9:1058-60.

Bruset S.: *Kreft og jakten på mirakler*. Gyldendal 1993.

Carbin B. E. et al.: *Treatment of benign prostatic hyperplasia with phytosterols*. *Br J Urol* 1990 Dec;66:6:639-641.

Chan T. Y. K., Critchley J. A. J. H.: *Chinese herbal medicines and acute illness*. *Intensive Care World* 1994 11:140-2.

Commision E.: *Monographs*. American Botanical Council. First Edition 1998.

Dragland S.: *Barlind - råstoff for kreftmedisin*. Skogeieren 1993 16.

Duke J. A.: *Handbook of Medicinal Herbs*. CRC Press 1985.

Editorial: *Pharmaceuticals from plants: great potential, few funds*. *Lancet* 1994 342:1513-15.

ESCOP. European Scientific Cooperative for Phytotherapy: *Proposals for EUROPEAN MONOGRAPHS on the medicinal use of plants*. Volume 1-3. Meppel 1990.

Fischer P. og Ward A.: *Complementary medicine in Europe*. *British Medical Journal* 1994 309:107-11.

Fleet J. C.: *New support for a folk remedy: Cranberry juice reduces bacteriuria and pyuria in elderly women*. *Nutrition Reviews* 1994 5:168-178.

Granrud L.: *Håndbok i urtemedisin*. Hilt & Hansteen 1997.

Guest Editorial: *Bitter pills of nature: safety issues in complementary medicine*. *Pain* 1995 60:237-8.

Hafskjold U.: *Den lille krydderhave*. Lier 1993.

Hartwell J.: *Plants used against cancer. A survey*. *Lloydia* 1971 34:3:310-61.

Helsedirektoratet. *Alminnelige forskrifter om legemidler*. 1992.

Hoheisel O., Sandberg M., Bertram S., Bulitta M. og Scäfer M.: *Echinagard treatment shortens the course of the common cold: a double blind, placebo controlled trial*. *European Journal of Clinical Research* 1997 9:261-8.

Høeg O. A.: *Planter og tradisjon*. Universitetsforlaget 1974.

Jain A. K. et al.: *Can garlic reduce levels of serum lipids? A controlled clinical study*. *Am J Med* 1993 Jun;94:6:632-635.

Juel S.: *Godkjenning av naturlegemidler*. Nytt fra Statens Legemiddelkontroll 1994 9:10-12.

Keller K.: *Legal Requirements for the use of phytopharmaceutical drugs in the Federal Republic of Germany*. *J Ethnopharmacol* 1991 32:225-9.

Kleijnen J., Knipschild P.: *Ginkgo biloba*. *Lancet* 1992 340:1136-9.

Kolsrud K., Steen A.: *Samenes Folkemedisin*. Samiske Samlinger Bind V ff. Universitetsforlaget 1961.

Lau B.: *Garlic research update*. Oddysey Publishing 1991.

- Leung A. og Foster S.: *Encyclopedia of common natural ingredients*. John Wiley & Sons inc. 1996.
- Leung A.: *Chinese medicinals*. HerbalGram 1990 23:21-31.
- Liberti L. E., Marderosian A. D.: *Evaluation of commercial gingseng products*. J Pharm Sci 1978 67:1487-9.
- Lien E. J., Li W. Y.: *Anticancer chinese drugs, and related plants*. Oriental Healing Arts Institute 1985.
- Linde K. et al.: *St Johns worth for depression - an overview and meta-analysis of randomized clinical trials*. British Medical Journal 1996 313:253-8.
- Lindemann G.: *Urteterecepter*. Thaning & Appel 1977.
- Mabey P.: *Politikens bog om helbredende urter*. Politikens forlag 1989.
- Marcussen M.: *Helbredende urter*. Ny tid og Vi 1980.
- Medisinplanter*. Statens fagtjeneste for landbruket 1993 29.
- McAlpine, Thorpe og Warriar.: *The market for herbal medicine in the USA and Canada*. 1991.
- Mills S. Y.: *The Dictionary of Modern Herbalism*. Healing Arts press 1988.
- Natural Products Industry Research Directory. New Hope Communications.
- NMD: *Legemiddelforbruket i Norge 1988-92*. Nordal A., Rognlien B., Svaar T.: *Urter til mat og medisin*. NRK 1988.
- Nordiska Genbanken: *Nordiska Medicinalväxter*. Alnarp 1994.
- Podlech D.: *Legeplanter*. Cappelen 1991.
- Reichborn-Kjennerud I.: *Våre folkemedisinske lægeurter*. Centraltrykkeriet 1922.
- Rognlien B.: *Urtemedisin - medisinsk bruk av naturstoffer*. Kvamme O. J. (red): *Innføring i alternativ medisin*. Universitetsforlaget 1996.
- Sheehan M. P., Rustin M. H. A., Atherton D. J. et. al.: *Efficacy of traditional Chinese herbal therapy in adult atopic dermatitis; results of a double-blind placebo-controlled study*. Lancet 1992 40:13-17.
- Tsjarong T. J.: *Handbook of traditional tibetan drugs*. Tibetan Medical Publications 1986.
- Tsutani K.: *The evaluation of herbal medicines: an east Asian perspective*. Lewith G. T. og Aldridge D.: *Clinical research methodology for complementary therapies*. Hodder & Stoughton 1993.
- Weiss R. F.: *Lehrbuch der Phytotherapie*. 6. opplag. Hippokrates Verlag 1985.
- Werbach M. R., Murray M. T.: *Botanical Influences on Illness*. Third Line Press 1994.
- WHO Regional Office for the Western Pacific: *Research Guidelines for evaluating the safety and efficacy of herbal medicines*. 1993.
- WHO: *Guidelines for the assessment of herbal medicines*. 1991.
- Wiklund I., Karlberg J., Lund B.: *A double blind comparison of the effect on quality of life of a combination of vital substances including standardized Ginseng G115 and placebo*. Curr Therap Res 1994 1.
- Wiklund M.: *Kjerringråd for små og store plager*. Tiden Norsk Forlag 1989.
- Wren R. C.: *Potter's new cyclopaedia of botanical drugs and preparations*. C.W. Daniel 1988.

6.3.14 Kraniosakral terapi

Kraniosakralterapi har også vært kalt kranioosteopati, men denne teknikken har lite med vanlig osteopati å gjøre. Kraniosakralterapi er en metode for å behandle hele kroppen, hodet inkludert, ved å bruke ryggmargsvæskens rytmiske puls som hjelp i diagnostisering og behandling.

Ryggmargsvæskens rytmiske puls kan kjennes hvor som helst på kroppen, men den er spesielt tydelig på hodeskallen og i bekkenområdet.

William G. Sutherland, en elev av Andrew Still som grunnla osteopati, utviklet kraniosakral osteopati i 1930-årene (jf. punkt 6.3.20). Han kalte ryggmargsvæskens rytmiske puls for «livets puls». Rytmen, som også kalles «den kraniale rytme-pulsen», er i balanse hvis benplatene i hodeskallen beveger seg normalt.

Metoden bruker ekstremt lette trykk (5 gram) for å evaluere og behandle kraniosakralsystemet. Dette er et fysiologisk system som består av membraner (hjerne-hinnene), ben (kraniet, ryggstøylene og sacrum), samt væske (cerebrospinalvæsken).

Hjernen er i likhet med ryggmargen omgitt av cerebrospinal væske. Denne væsken pumpes i en bestemt rytme, som oftest 6-12 ganger per minutt. Øvede osteopater og kraniosakralterapeuter hevder at de kan føle denne rytmen.

Ved å holde pasientens hode i hendene, kan terapeuten oppdage sammensatte «spenningsmønstre» i kraniebeinet. Ved å behandle ryggraden aller nederst, vil terapeuten kunne påvirke spenningsforhold mellom musklene i bekkenet og nederst langs ryggraden og bein/knoklene i bekkenet.

Kraniets 28 ben er sammenbundet med fasetterte ledd, også kalt suturer. Ved å manipulere benet i kraniet, mener utøverne å kunne påvirke den kraniale rytmepuls, og dette stimulerer kroppens selvhelbredende evner. Manipulering skjer gjennom meget lette trykk og bevegelser.

Tilstander som behandles er kolikk, spiseproblemer og ryggskjevhet, hyperaktivitet, pusteproblemer og lærevansker hos barn, migræne, svimmelhet og døvheter. Terapien har også vært benyttet hos barn med hodeskader.

Utøverne mener at man oppnår en økt blodsirkulasjon og utbalansert spenning mellom de sympatiske og parasympatiske deler av nervesystemet ved å redusere membranspenningene og å normalisere bevegelsene mellom beinene i kraniet.

6.3.15 Krystall- og steinterapi

Krystaller og steiner som brukes er naturlig forekommende mineraler, inkludert edelsteiner. Mange mineralarter kan danne krystaller. Steinene har da en naturlig geometrisk form som gjenspeiler den indre atomstrukturen. I følge utøverne brukes steiner og krystaller i den hensikt å løse blokkeringer og harmonisere bioenergetiske systemer. Dette foregår vanligvis ved at man plasserer steinene på kroppen eller ved at man bærer dem på seg over tid. (Betegnelsen krystall- og steinterapi benyttes her for å unngå forveksling med mineralterapi, hvor mineraler inntas terapeutisk eller som kosttilskudd).

Terapeutisk bruk av krystaller og steiner har vært kjent i mange kulturer fra gammelt av. De egyptiske Ebers Papyrus omtaler steinenes terapeutiske virkninger ved forskjellige helseproblemer. Bibelen referer til steinenes egenskaper, ofte som symboler på åndelige kvaliteter og brukt ved religiøse ritualer. Hildegaard av Bingen anbefalte på 1100-tallet blant annet topas for å kurere dårlig syn. Spor etter tidligere tiders oppfatninger ligger ennå i enkelte mineralnavn, for eksempel betyr «ametyst» avgiftende eller edru.

Krystall- og steinterapi var også benyttet av enkelte vestlige leger for inntil noen århundrer tilbake. Doktor George F. Kuntz, som tidlig i dette århundret, skrev et stort verk om tro og overtro knyttet til steiner, mente at troen på steinenes terapeutiske egenskaper har vært universell. I nyere tid, med økende fokus på biokjemiske forklaringsmodeller, ble steinenes virkning avvist som ren overtro.

Anselmus De Boot skrev i 1636 at det at steiner virker når de plasseres på kroppen er så empirisk veldokumentert at enhver som tviler på dette må kalles arrogant. Han mente likevel at en del steiner hadde blitt tilskrevet egenskaper de ikke har.

De Boot uttrykte frykt for at folk skulle få mer tiltro til steinenes hjelp enn til Gud. Dette synet fant man også hos geistligheten. Sannsynligvis har en økende kirkelig skepsis til steinenes lovpriste egenskaper sammen med utviklingen av rasjonell-vitenskapelig medisin bidratt til at kunnskaper om denne form, for terapi nærmest ble undertrykt og glemt i vestlig kultur.

Under en behandling som innbefatter bruk av steiner og krystaller vil disse plasseres rundt på kroppen, ofte i relasjon til kroppens livsenergisentre og livsenergibaner (jf. "[Alternativmedisinske helse-, sykdoms- og forklaringsmodeller](#)" i kapittel 5). Valg av steiner kan foregå etter hva klienten/brukeren selv opplever en livsenergimessig respons på. Andre velger steiner ut i fra bestemte teorier om steinenes virkninger.

Krystall- og steinterapi brukes gjerne i kombinasjon med andre behandlingsformer, som massasje, livsenergibalaseringsteknikker, kinesiologi og healing. Krystallene og steinene benyttes da gjerne som redskaper for å forsterke annen behandling. Selvterapi er vanligst.

Referanser

Becker R. O.: *The Body Electric*. William Morrow & Co 1985.

Gerber R.: *Vibrational Medicine*. Bear & Company 1988.

Kunz G. F.: *The Mystical Lore of Precious Stones*. Newcastle Publishing Co 1986.

Kvamme O. J. (red): *Innføring i alternativ medisin*. Universitetsforlaget 1996.

6.3.16 Lysterapi

Lys- og fargerterapi spenner over et spektrum av forskjellige metoder med grunnlag i tradisjonelle teorier, nyere hjerneforskning og utviklingen i biofysisk forskning.

Lys og forskjellige farger av lys er blitt brukt i medisinsk behandling langt tilbake i historien. Både i det gamle Egypt, Babylon og Kina brukte man for eksempel rødt lys i behandlingen av kopper. Innen ayurvedisk tradisjon spiller fargerterapi en viktig rolle, og man lar for eksempel pasienten drikke vann som har blitt belyst gjennom farget glass.

Den danske legen Nils Ryberg Finsen fikk Nobelprisen i 1903 for sin behandling av tuberkuløse hudlidelser ved hjelp av lys.

Bruk av farge og lys

Psykologer har lenge brukt fargebaserte personlighetstester. Dette bygger på blant annet arbeidet til Max Lüscher, som i 1940-årene kartla sammenhengen mellom fargepreferanser og psykologisk karakter. Det er blitt forsket mye over sammenhengen mellom farger og emosjonelle reaksjoner, og denne forskningen har gitt grunnlag for anvendelsen av farger i reklameindustrien, interiørdesign og motebransjen.

I 1934 oppdaget forskerne at rytmisk lysstimulering førte til at hjernebølgene begynte å svinge i takt, et fenomen som kalles «entrainment» eller «photic driving». På 1940- og 1950-tallet gjorde nevrofysiologen W. Gray Walter en rekke eksperimenter med en elektronisk, stroboskopisk anordning som gav rytmisk lysstimulering av øynene til forsøkspersoner med en frekvens på 10-25 per sekund. Ved samtidig registrering av EEG kunne han vise at dette innvirket på aktiviteten i hele hjernebarken og ikke bare i synslappen. Senere forskning i USA og Japan på 1960- og 1970-tallet viste at denne effekten førte til en samkjøring av de to hjernehalvdelen og en høyere grad av synkronisering av hjernens aktivitet. På slutten av 1980-tallet var det blitt dokumentert at behandling med såkalt fullspektrum-lys hadde ter-

apeutisk effekt på typiske vinter-depresjoner som utvikler seg under den mørke årstid. Videre forskning har vist at slikt fullspektrum-lysterapi også har andre fysiologiske effekter, inklusive en innvirkning på immunsystemet.

Biofysikeren Viktor Injushin i Alma Ata utviklet på begynnelsen av 1970-tallet den såkalte «myke laserterapi». (Her anvender man laser av lav intensitet for å tilføre kroppen en spesifikk elektromagnetisk energi, mens man ved anvendelse av laser i kirurgien, benytter en laser av høy intensitet for å oppnå en brenneffekt). Myk laserterapi med Helium-Neon-laser ble samtidig utviklet av professor Ecenhart Mester ved Semmelweis-instituttet i Budapest. Han kunne blant annet vise at bestråling med denne laseren påvirket tilheling av sår. I våre dager arbeider Karl Ryberg med et spesielt laser-telt hvor pasienten «bades» i et monokromt lys.

De syv primærfargene som er synlige i regnbuen, spiller en viktig rolle i esoterisk tradisjon. Personer med lang erfaring i meditasjon ser gjerne bestemte farger assosiert med de syv chakraene, og disse fargene synes å være de samme uavhengig av kulturell bakgrunn. Likeledes er det knyttet bestemte farger til den auraen som mange sensitive personer hevder å kunne se. Innen esoterisk tradisjon hevdes bestemte svingninger å ligge til grunn for alle fysiske manifestasjoner.

Lys- og fargerapeuter arbeider mye med å bevisstgjøre sine pasienter om fargenes psykologiske og emosjonelle påvirkning.

Fargepunktur ble utviklet av den tyske heilpraktiker Peter Mandel på 1980-tallet: Her behandles akupunkturpunkter med primærfarger gjennom en glasstav. Denne metoden blir anvendt av alternativmedisinske utøvere i Norge. Den er basert på mer esoterisk fargelære og er først og fremst begrunnet gjennom klinisk erfaring.

Behandling med fullspektrumlys brukes for vinterdepresjoner og søvnproblemer. John Downing har gitt kurs i Norge i sin spesielle lysterapi. Med denne metoden behandles søvnforstyrrelser, dysleksi, premenstruelt syndrom og depressive tilstander.

Den amerikanske psykologen Steven Vasques, Ph.D., har utviklet en metode kalt «Brief Strobic Photostimulation», som er basert på stimulering av øynene med rene spektralfarger med varierende frekvens. Metoden anvendes i forbindelse med psykoterapi og effektiviserer den psykoterapeutiske behandling. Myk lysterapi kan dels anvendes til behandling av lokale lidelser i hud og slimhinner, dels som laserakupunktur. Laser-akupunktur kan med fordel erstatte nåleakupunktur i behandlingen av barn. Myk laserterapi, både som lokal behandling og som laser-akupunktur, anvendes i dag verden over, og det er utviklet forskjellige type lasere for slik behandling.

Sykdom oppfattes som disharmoniske svingningsmønstre. Gjennom fargerterapi tilføres kroppen bestemte svingninger i den hensikt å gjenopprette kroppens og sinnets harmoni.

Referanser

Bruset S. og Poleszynski D.: *Alternativ medisinsk leksikon*. Det Beste 1995.

Lærum O. D.: *Kroppsrhythmen og lyset*. Alma Mater 1988.

6.3.17 Magnetfeltterapi

Magnetfeltterapi består av å bruke apparater som skaper magnetfelt av bestemte styrker og frekvenser i terapeutisk øyemed.

Historikk

Allerede for flere tusen år siden ble magnetiske steiner brukt som medisin og lagt på smertefulle områder på kroppen. I Egypt og i Kina var dette en utbredt

behandlingsform i oldtiden. Den greske legen Plinius (40 e. Kr.) behandlet blærelidelser, kvinnesykdommer og vanskelige sår med magnetsteiner.

Magnetterapi kom i miskreditt i europeisk medisin etter at en fransk vitenskapelig kommisjon på 1780-tallet konkluderte med at Friedrich Anton Mesmers teori om «animalsk magnetisme» manglet vitenskapelig grunnlag. I USA førte Flexner-rapporten i 1910 til at magnetterapi ble utelukket fra pensum ved de medisinske høyskoler som fikk offentlig støtte og anerkjennelse.

Romforskningen førte imidlertid til at både amerikanerne og russerne på 1960- og 1970-tallet bevilget store ressurser til magnetfeltforskning. Det ble oppdaget at astronautene ble syke da de kom ut i rommet, noe forskerne mente kunne skyldes at de ikke lengre hadde jordens beskyttende magnetfelt rundt seg. Russiske og amerikanske forskere var de første til å konstruere magnetfeltterapiapparater til behandling av sykdom. Ivan Troeng, en svensk ingeniør som lærte magnetfeltterapi i Russland, konstruerte etterhvert sine egne magnetfeltterapiromler. I dag produseres norsk utstyr basert på Troengs ideer.

Bruk av magnetfeltterapi

I magnetfeltterapi brukes forskjellige apparater, tromler med både likestrøm og vekselstrøm, for å oppnå et magnetfelt av bestemte styrker og frekvenser.

Terapien brukes i behandling av revmatiske sykdommer, migrene, søvnløshet, kreft, forstyrrelse i blodsirkulasjonen, benbrudd, smerter og stress på grunn av omgivelsenes påvirkning av mennesket. Utøverne mener at magnetfeltterapi motvirker tilstander som hodepine, svimmelhet, muskelstivhet, brystsmerter, søvnløshet, forstoppelse og allmenn utmattelse.

Videre at bruk av magnetfeltterapi virker til å roe ned det autonome nervesystemet og stabilisere de indre organers funksjon, slik at organismen som helhet kommer i bedre balanse. Utøverne mener at denne terapien styrker immunforsvaret slik at sykdommene forsvinner raskere.

I følge utøverne påvirker behandling med magnetfelt levende celler og styrker det elektriske potensialet over cellemembranen. De viser til at forskning har vist at blodårene utvides og gir økt opptak av oksygen og mer effektiv utskillelse av avfallsstoffer, noe som blant annet fører til reduserte avleiringer av kolesterol og kalk i blodkarene. De mener at ved behandling stabiliseres enzymaktivitet og hormonproduksjon og syre-/basebalansen i kroppen bedres.

I magnetfeltterapien tillegges jordens elektromagnetiske egenfrekvens, den såkalte Schumann-frekvensen, særlig positiv betydning. Den varierer mellom ca. 8-12 hertz, avhengig av om man er ved ekvator eller ved polene. I Norge hevdes den å ligge på 9-10 hertz, og det er dette feltet man først og fremst etterligner i magnetfeltterapien. Terapitromlene bruker pulserende likestrøm og har fast innstilte nord- og sydpoler, noe som har vist seg å ha en gunstig virkning på kroppen. Kroppen vår er nemlig også polarisert med overkroppen som nordpol og underkroppen som sydpol.

Magnetfelter som skapes ved vekselstrøm fra elektrisitetsnettet avgir derimot en høyere frekvens (50 hertz) samtidig som nord- og sydpol skifter i takt med frekvensen. Forskning indikerer at dette villeder kroppen og skaper et elektromagnetisk stress på kroppens organer.

En enkel og billig form for magnetterapi er bruken av terapimagneter som selges ved de fleste apotek i Norge. Det anvendes her små, men relativt sterke magneter (500-700 gauss) som plastres på trykkømfintlige punkter i muskulaturen. En annen enkel og rimelig terapiform er magnetbandasjer som anvendes i behandling av kroniske ledd- og rygg smerter. Disse er utviklet i Tsjeckia.

Referanser

Apeland S. G.: *Uttalelse vedrørende erfaringer med bruk av «medisinske magnet»* 1983. Journal for Norske legers forening for akupunktur 5.

Øverbye B. J.: *Magnetfelts betydning for helsen*. Eget Forlag.

6.3.18 Massasje og kroppsorienterte terapier

Massasje er manipulasjon av kroppens mykvev, muskler og bindevev, med den hensikt å normalisere deres funksjoner. Massasje er en sammensetning av manuelle teknikker som anvender statisk og bevegelig trykk, stabilisering og gjerne også kombinert med bevegelse av kroppen. Terapeuten utfører dette primært med hendene, men også med armer, albuer og føtter. Massasje kan benyttes ikke bare til å lindre smerte, men også til å avhjelpe en rekke helseproblemer og tilstander. Huden er kroppens største organ, og er tilknyttet alle andre organer direkte eller indirekte. Ved å stimulere huden og det underliggende vevet, blir dermed hele kroppen stimulert.

Historikk

Massasje er en av de eldste helbredelsesmetodene. Så vidt vi vet, har alle kjente kulturer hatt et ord for massasje. Gammel litteratur viser at det ble praktisert massasje blant annet i oldtidens Kina, Egypt, Persia, Hellas og Roma. Massasje som behandlingsform har vekslet i popularitet gjennom ulike perioder. Den katolske kirken anså kroppen som syndens instrument. Mange av «heksene» som ble brent var jordmødre og andre som behandlet med blant annet massasje.

På 1600-tallet fikk de terapeutiske effektene av massasje ny oppmerksomhet av flere leger, spesielt den franske kirurgen Ambroise Paré. Massasje fikk en ny renesanse igjen på 1800-tallet, takket være arbeidet til svensken Per Henrik Ling og hollenderen Johan Georg Mezger. Ling, som var fektemester og gymnastikkinstruktør, begynte å studere massasje etter vellykket behandling av den ene armen sin for revmatisme. Han utviklet en metode som var en kombinasjon av massasje og medisinsk gymnastikk. Ling så på massasje som en form for passiv gymnastikk. Systemet hans bygger på fysiologi, og Lings nye ideer ble akseptert og er det vi nå kjenner som klassisk svensk massasje.

Tidlig på 1900-tallet begynte legene å delegere ansvaret for massasje til sykepleiere, assistenter og fysioterapeuter fordi det tok for mye av deres tid og krefter. I dag utøves massasje av en lang rekke terapeuter inkludert fysioterapeuter, idrettsmassører, aromaterapeuter og utøvere av spesielle teknikker, hvorav noen skal nevnes i det følgende.

Beskrivelse av behandlingsformen

Grunntanken ved massasje er at den fremmer helse og velvære. Berøring er fundamentet i massasje, men det er like mye kunst som teknikk. Terapeutens sensitive hender «vet» hvor mye trykk som skal brukes på hver enkelt person, og berøring kan gi terapeuten viktig informasjon om kroppen, som for eksempel muskelspasmer. Sensitiv berøring formidler dessuten en følelse av omsorg, noe som er helt essensielt i et terapeutisk forhold. Massasje gjenskaper følelsen og velværet av å være et helt menneske. Stress er etterhvert påvist som hovedårsak eller medvirkende årsak til mange sykdommer, og massasje kan være en effektiv måte å redusere stress.

Massasjeformer som kommer fra Asia er basert på en forståelse av anatomi, fysiologi og diagnostikk som er vesentlig annerledes enn den vestlige skolemedisinske oppfatning. Østlige teknikker tar utgangspunkt i at mennesket har en *energetisk* struktur og funksjon, mens de vestlige teknikkene i større grad har kroppens *mate-*

rielle struktur og funksjon som utgangspunkt. Hovedmålsetningen er likevel forbedret sirkulasjon, enten dette gjelder livsenergi- eller blodsirkulasjon.

I praksis kombinerer ofte massasjeterapeuten flere metoder. Selv om massasjeteknikkene varierer, har de som felles utgangspunkt disse betraktningene:

- Noe hos pasienten er sammentrukket, blokkert, hindret, brukt feil, eller i ubalanse - generelt fordi det er for mye muskelspenning.
- Kroppen er plastisk og kan formes.
- Kroppen er stedet for transformasjon.

Fra slutten av forrige århundre og frem til 1960-årene var massasje en viktig del av fysioterapien, og da spesielt klassisk svensk massasje. Fra 1960-årene har det vært variert forståelse og aksept for verdien av massasje. En av hovedgrunnene var mangel på vitenskapelig forskning på metodene, og som resultat har massasje blitt fortrengt til fordel for andre behandlingsmetoder. Massasjeundervisningen ble sterkt redusert, og mange av de opparbeidete kunnskapene lagt til side.

Den generelle økende interessen for alternative behandlingsmetoder har imidlertid ført til forskning og dermed økt forståelse av blant annet smerte. Etterhvert har kunnskapen om massasjens betydning som en av mange fysioterapeutiske metoder stadig økt. Mange pasienters ønske om massasje, og deres positive tilbakemeldinger om nytteverdien av massasje er viktige faktorer i denne utvikling.

Massasje som utøves av en fysioterapeut vil imidlertid som oftest være annerledes enn den man får hos en alternativmedisinsk massør. Fysioterapeuten konsentrerer seg gjerne om å massere direkte på selve muskelen som oppfattes som kilden til symptomene. I løpet av det nåværende 3-års studiet i fysioterapi mottar elevene ca. 40 timers undervisning i massasje.

Psykomotorisk fysioterapi er derimot en etterutdanning som blant annet benytter seg av hel kroppsmassasje. Den tilnærmer seg mennesket som et samspill mellom psyke, soma og miljø.

Hva terapiene brukes for

Hver massasjeteknikk fokuserer i utgangspunktet på et spesifikt system, hvor intensjonen er å frigjøre spenninger og blokkeringer. Lymfedrenasje øker for eksempel sirkulasjonen i det lymfatiske systemet, mens triggerpunkt-massasje jobber med det nevromuskulære systemet. Men massering av en muskel har positiv effekt også på blodsirkulasjonen og lymfesystemet. Det kan påvirke tilknyttede organer, ledd og skjelettet. Dersom et av kroppens systemer (for eksempel åndedrett, fordøyelse, det muskulære eller det energetiske system) blir blokkert, stagnerer eller slutter å fungere helt, vil det påvirke de andre systemene.

Det skilles også mellom strukturelle og funksjonelle behandlingsmetoder.

Den strukturelle metoden tar utgangspunkt i at en vertikal oppstilling av kroppen kan virke dramatisk på vår helse, atferd og bevissthet.

Den funksjonelle behandlingsmetoden tar ikke utgangspunkt i å manipulere for å oppnå en bestemt forandring, men å veilede i en læringsprosess. Fordi metodene er å betrakte som pedagogiske systemer, er det riktigere å snakke om et lærer-elev forhold enn et terapeut-pasient forhold.

Forklaringsmåte

Massasje øker blod- og lymfesirkulasjon, strekker muskler og løser opp arrvev, øker bevegelse i leddene og stimulerer nervesystemet.

Massasje øker tilstrømning av næringsstoffer og tømming av avfallsstoffer i muskler og vev. Ødem forsøkes redusert gjennom lymfødembehandling. Massasje stimulerer de sensoriske reseptorene i huden og det underliggende vevet. Denne stimuleringen blir overført til ryggmargen via nervebaner. Området i kroppen som står i relasjon til denne delen av ryggmargen blir derfor påvirket.

6.3.18.1 *Funksjonelle former for massasje*

Det finnes mer enn 80 forskjellige former for massasje, og cirka 60 av disse er under 20 år gamle. Dette skyldes at mange teknikker har utviklet seg som selvstendige metoder, i stedet for at forandringer er blitt inkorporert i eksisterende systemer. En annen kilde til «nye» teknikker er tradisjonelle massasjeformer som tilhører andre kulturer, men som i liten grad har vært kjent utenfor sin opprinnelige kontekst.

6.3.18.1.1 *Anma massasje*

Dette er en tradisjonell japansk massasje. Den stammer fra eldre metoder som har sin opprinnelse i oldtidens Kina. Anma massasje er basert på tradisjonell kinesisk medisin, meditasjon, og kampsporter. Anma er ikke bare en form for avspenning, men også en form for terapi som inkluderer et diagnosesystem. Med et raskt trykk på ett og ett akupunkturpunkt får klienten en oppkvikkende behandling. Anma-behandlingen foregår i en hel time på en benk eller i en forkortet variasjon i sittende stilling.

6.3.18.1.2 *Bindevevsmassasje*

Metoden ble utviklet av Elisabeth Dicke i 1929. Terapeuten jobber med nervesystemet og drar bindevevet som ligger mellom huden og musklene med varierende strøk. Dette bindevevslaget, som er fullt av nerveender, er delt opp i dermatomer eller såkalte hudsoner. Spesifikke dermatomer korresponderer direkte med bestemte organer, og gir dermed en refleks fra hud-til-organ.

6.3.18.1.3 *Esalen-massasje*

Metoden bruker de grunnleggende, klassiske massasjestrøkene, men fremhever spesielt de lange, flytende og glidende strøkene for å gi en sanselig og beroligende effekt. Disse integrerer masseringen av forskjellige kroppsdelar og forsterker pasientens helhetlige opplevelse av sin egen kropp. Det er en mer personlig fremgangsmåte som er forbundet med generell stressreduksjon. Metoden ble utviklet i begynnelsen av 1960-årene på Esalen Institute i California, da flere meget erfarne terapeuter eksperimenterte med å sette sammen et mer moderne massasjesystem.

6.3.18.1.4 *Idrettsmassasje*

Denne massasje er mer spesifikk, presis, stimulerende og dypere enn esalen og klassisk svensk massasje. Formålet er å øke idrettutøverens prestasjon og bearbeide skader og belastninger. Teknikken varierer med idretten, og tar hensyn til hvilke bestemte muskler og ledd som er involvert. Massasje varierer med effekten som ønskes: oppvarming før prestasjon, eller bearbeiding av ettervirkningene etter en prestasjon. Idretter med ekstreme krav til muskelaktivitet, som for eksempel sykling og skøyter, har oftest ansatt faste massører til sine utøvere.

6.3.18.1.5 *Klassisk svensk massasje*

Dette er den mest kjente massasjeformen i Vesten. Klassisk svensk massasje ble, som allerede nevnt, utviklet av svensken Per Henrik Ling tidlig på 1800-tallet. Massasjen baserer seg på en kombinasjon av fem strøk, alle utført med olje eller annet glidemiddel:

- Efflerage - lange, glidende strøk

- Petrissage - knaing
- Friksjon - gnikking på bestemte områder
- Tapotement - tromming
- Vibrasjon - vibrering og risting

Strøkene utføres i retning mot hjertet. Klassisk svensk massasje benyttes til alt fra generell avspenning til lindring av spesifikke problemer. Massasje av magen mot forstoppelse, tromming på ryggen for å løse opp slim i lungene og massasje rundt et brukket ben søker å fjerne avfallsstoffer og øke tilførsel av oksygen, slik at tilhelingen fremskyndes.

6.3.18.1.6 *Lymfedrenasje*

Metoden bruker lette pulserende trykk med hendene til å stimulere det lymfatiske system. Det er mest brukt for tilstander som oppstår på grunn av dårlig lymfesirkulasjon, som for eksempel ved ødem og inflammasjon. Lymfedrenasje ble utviklet av de danske fysioterapeutene Estrid og Emil Vodder i 1930-årene. Teknikken er godt kjent i Sentral-Europa, hvor den er blitt akseptert av mange leger.

6.3.18.1.7 *Ma-uri massasje*

Denne massasjeformen har sin opprinnelse på de polynesiske øyene. Det er en fullkroppsmassasje som utføres i et godt oppvarmet rom med mye olje. Ma-uri massasje utføres nesten som en dans. Massøren bruker armer og hender som redskap - underarmene er spesielt viktige i denne teknikken. Ma-uri regnes som både en fysisk og psykisk massasje.

6.3.18.1.8 *Nevromuskulær massasje*

Metoden som ble utviklet av Paul St. Johns er en form for dypmassasje som fokuserer på individuelle muskler. Det er brukt for å øke blodtilførsel, løse opp triggerpunkter (muskelnoder som refererer smerte til andre kroppsdelar), lette press på nerver som skyldes mykvevsspenninger, og til smertelindring. Triggerpunkt-massasje og myoterapi er beslektede teknikker.

6.3.18.1.9 *Rosen-metoden*

Metoden, som ble utviklet av Marion Rosen benyttes både til å lindre fysiske smerter og til personlig utvikling. Metoden jobber med å frigjøre ubevisste følelser ved å kjenne på kroppen hvor muskler er spente og åndedrettet er låst. Utøvere av Rosen-metoden mener at emosjoner og muskler henger sammen. Det ene kan ikke slippe tak uten at det andre også gjør det.

6.3.18.1.10 *Shiatsu*

Shiatsu betyr «finger-trykk», og utøveren bruker fingre, hender, armer, albuer og føtter til å trykke på bestemte punkter langs meridianene (livsenergibanene). Klienten ligger påkledd eller drapert, først på ryggen, så på magen. Formålet er å balansere flyten av chi i kroppen. I 1995 ble Shiatsu godkjent offisielt som en behandlingsform i Japan.

6.3.18.1.11 *Thai-massasje*

Slik navnet indikerer, kommer denne massasjeformen fra Thailand, hvor den har en lang og etablert tradisjon. Den ligner på en sammensetning av yoga og akupressur. Massasjen utføres med hender, føtter, armer og knær. Formålet er å stimulere bevegelse av livsenergi gjennom energibaner, kalt «sin». Systemet fokuserer på 10 hovedbaner, men man mener at mennesket har 72 000 «sin». Til forskjell fra for eksempel shiatsu fokuserer ikke thai-massasje på spesifikke punkter. Klienten er vanligvis fullt påkledd og blir strukket i forskjellige stillinger som gir mulighet til å gi slipp på motstand. Massasjen er særdeles virkningsfull, men selve behandlingen kan være meget ubehagelig.

6.3.18.1.12 *Tradisjonell kinesisk massasje*

Tradisjonell kinesisk massasje er en kombinasjon av det man i Vesten kaller akupressur (trykk på akupunktur-punkter på kroppens overflate), meridianbehandling og nevro-muskulær terapi. I Kina er metoden kjent som anmo (trykk og stryk) og tuina (løft og press) og involverer mange teknikker. Mange av disse ligner på tilsvarende vestlige teknikker, men hovedforskjellen ligger i at diagnosen av symptom og valg av behandling følger tradisjonell kinesisk medisinsk teori. Målet for disse metodene er å stimulere kroppens naturlige selvhelbredelsesprosesser, og få qi (livskraften) til å sirkulere fritt igjen.

6.3.18.1.13 *Trager-metoden*

Metoden er utviklet av Milton Trager, som gav den første offentlige demonstrasjon av den i 1973. Metoden kombinerer mobilisering av vev, avspenning, og omprogrammering av bevegelsesmønstre. Terapeuten gir behagelige sensoriske input ved å jevnt vugge, strekke, riste og vibrere pasientens kroppsdeler. Pasienten ligger på en myk benk, og er avkledd. Disse bølgende bevegelsene i kroppen forsøker å skape en opplevelse av dyp avspenning, og økt mobilitet i muskler og ledd. Behandlingen forsøker å få til at pasienten gir slipp på destruktive og fastlåste mønstre.

6.3.18.2 *Strukturelle massasjeformer*

6.3.18.2.1 *Rolfing*

Denne metoden er utgangspunktet for andre strukturelle behandlingsformer. I følge utøverne er rolfing både en systematisk tilnærmingssåte for å frigjøre stressmønstre og rette opp dysfunksjon i kroppens struktur, og en pedagogisk metode som gir pasienten innsikt i tyngdekraftens innvirkninger på menneskekroppen. Ida P. Rolf mente at når de ulike delene av kroppen er i misforhold til hverandre, hemmer det personens bevegelser slik at de i større grad sliter mot tyngdekraften. Terapeuten manipulerer derfor bindevevet slik at det strekker seg og beveger seg friere. Kroppen kan da fungere mest mulig effektivt. Behandlingen foregår over en bestemt serie på 10 behandlinger, med cirka én uke mellom hver behandling.

6.3.18.2.2 *Aston Patterning*

Dette er en «mykere» utgave av rolfing, utviklet av Judith Aston i slutten av 1970-årene. Astons metode inkluderer også bevegelser og hjelpemidler for menneskets miljø. I følge utøvere av Aston-patterning følger all bevegelse (fysisk, emosjonell, kognitiv og åndelig) en asymmetrisk, tredimensjonal spiral.

6.3.18.2.3 *Hellerwork*

Metoden som Joseph Heller lanserte i 1979, er en integrasjonsprosess som kombinerer tre deler. Bindevevsmanipulering retter opp kroppen og frigjør kroniske spenninger. Omprogrammering av bevegelsesmønstre gir mer effektiv bruk av kroppen i dagliglivet og øker pasientens kroppsbevissthet. En tredje del av hellerwork er verbal dialog for å bearbeide følelser, minner og stress. Arbeidet foregår i en serie på 11 behandlinger, der hver av dem har et bestemt tema.

6.3.18.2.4 *Myofascial release*

Denne betegnelsen ble først brukt av den amerikanske osteopaten Robert Ward i 1960-årene. Metoden er basert på aspekter av osteopati, kraniosakral terapi, fysioterapi og rolfing. Intensjonen er å lindre smerter, frigjøre strukturelle blokkeringer, tilbakeføre funksjon og mobilitet og frigjøre fra tidligere emosjonelle traumer. Terapeuten bruker skånsomme trykk og strekk av bindevevet, i forbindelse med visualisering, palpering, mobilisering av mykvevet, berøring av triggerpunkter og kraniosakral manipulasjon. Det er ikke snakk om noen bestemt serie med behandlinger.

6.3.19 **Naprapati**

Naprapati er en manuell behandlingsform som tar sikte på å normalisere problemer i bevegelsesapparatet. Ordet naprapati er satt sammen av det tsjekkiske ordet *napraviti* som betyr «å korrigere» og det greske ordet *pathos* som betyr «lidelse». Det er spesielt lidelser i rygg og nakke, sener og muskler som behandles av en naprapat.

Behandlingsformen har sin opprinnelse i USA og kommer egentlig fra kiropraktikken. Den ble utformet av Oakley Smith som var forsker og lærer ved Palmer-instituttet (læresetet for kiropraktikk i USA). Smith konsentrerte seg ikke bare om ryggraden, men også om hele skjelettet og ledd, sener og muskler knyttet til dette. I 1907 grunnla han et eget institutt for naprapati. Retningen har bare delvis utbredelse i USA, men har utøvere i Syd-Europa og i Norden som er virksomme innen blant annet idrettsmedisin og bedriftshelsetjeneste.

Når en pasient kommer til en naprapat for første gang, innledes besøket med en anamnese. Tidligere sykdommer, eventuelt operasjoner, arbeidsforhold, trening og annet som kan være viktig for å finne årsaken til pasientens smerter utredes. Undersøkelsen som følger er til for å finne eventuelle forstyrrelser i bevegelsesmønsteret, etter at man ved en neurologisk status har utelatt at smerten kommer fra for eksempel en svulst eller prolaps. Skulle undersøkelsen antyde at smerten ikke kommer fra bevegelsesapparatet sendes pasienten til lege.

Behandlingen varierer mye, avhengig av smertens karakter og lokalisering. Massasje og spesifikk muskeltøying anvendes nesten alltid for å senke muskelspenninger. Et vanlig fenomen er triggerpunkter, hypersensitive punkter i en muskel i spenning, og disse behandles med blant annet pressur. I tillegg kan elektroterapi anvendes. Nedsatt bevegelse mellom virvler i ryggraden, er en vanlig årsak til smerte. Det finnes noen ulike behandlingsteknikker for å gjenvinne bevegelsen i et ledd. Den mest kjente er manipulasjon, der terapeuten ved å massere leddets fysiologiske bevegelighet, utløser et leddknepp.

En pasient gis i gjennomsnitt tre til fire behandlinger. Akutte tilstander behøver sjelden mer enn en til to behandlinger, mens kroniske smerter kan kreve flere behandlinger i kombinasjon med hjemmeøvelser.

Hva terapien brukes for

Naprapatien behandler spesielt lidelser i rygg og nakke, sener og muskler. I henhold til naprapatien kan stølhet og kontraksjoner i muskler, bindevev, leddbånd og sener føre til alvorlige forstyrrelser i resten av kroppen. Vonde rygger er den vanligste plagen som pasienter søker hjelp for, men naprapater behandler også hodepine, nakkesmerter, muskelspenninger, isjias, idrettskader m.m. Mange større idrettsforeninger, fotballag og ishockeylag har ansatt en naprapat som behandler akutte skader på trening og kamper.

Det er av betydning at man får en riktig og symmetrisk kroppsholdning. Man undersøker pasientens bevegelsesevne, lokaliserer smerter, ser på nevrologiske reaksjonsmønstre, muskelstyrke og livsstil. Det utarbeides et mobilitetskart til hjelp i behandlingen. Behandlingen er oppgitt til å være av noe mildere karakter enn det som vanligvis gis av kiropraktorer. Det veiledes også i egenomsorg for eksempel gjennom å gi råd om trening og tøyningsøvelser. En rekke sykdommer behandles ikke av naprapater. Blant annet gjelder dette alle former for svulster, benskjørhet og forhold som ikke er knyttet til bevegelsesapparatet.

6.3.20 Osteopati

Historikk

Osteopatens grunnlegger var den amerikanske legen Andrew Taylor Still. I 1874 døde tre av doktor Stills barn av hjernehinnebetennelse. Selv om han var lege, klarte han ikke å redde deres liv. De neste 10 årene lette doktor Still etter hvilke faktorer som påvirker at enkelte mennesker blir syke og andre ikke. Etterhvert utviklet han en ny skole i medisin.

Doktor Andrew Still kalte sin nye medisin osteopati (osteon er det greske ordet for bein). Systemet var opprinnelig begrenset til å undersøke og behandle muskler og skjelett. Still vurderte også sirkulasjonssystemet som spesielt viktig og mente at kroppen hadde et eget «apotek» for selvhelbredelse. Behandling av kraniet og faciestrukturer ble tilført osteopatien på 1930-tallet av William G. Sutherland.

Beskrivelse av behandlingsformen

Osteopati er en manuell behandlingsform som har til formål å undersøke og behandle hele den menneskelige organismen - ikke bare deler av kroppen. Målet med osteopatisk behandling er å normalisere funksjons- og bevegelsesforstyrrelser. Osteopatisk behandling søker å stimulere kroppen til selv å gjenvinne normale funksjoner og derved bli i stand til å lege seg selv.

Osteopati bygger på medisinske kunnskaper om anatomi, fysiologi, nevrologi, patologi og biomekanikk, det vil si læren om hvordan de mekaniske lover gjør seg gjeldende i menneskekroppens bevegelsesapparat.

Osteopatisk behandling tar sikte på å fremme en optimal funksjon i neuro-muskelo-skjelettsystemet, som påvirker alle systemer i kroppen inklusive indre organer.

Osteopatisk behandling bør helst foretas i en pre-patologisk fase. Det er med andre ord viktig at pasientene kommer raskt til behandling.

Behandlingen innebærer en tilnærming som er spesifikk til den enkelte pasients behov. Det etterstrebes at valg av behandlingsstrategi og teknikker alltid er skreddersydd pasientens behov på det tidspunktet behandlingen utføres. Osteopaten legger dessuten vekt på at pasienten skal forstå årsaken til plagene og den behandlingen som gis.

Osteopaten benytter hendene til å normalisere bevegeligheten i kroppens ulike vev. Det gjøres gjennom tøyninger, mobilisering, manipulasjon, muskulære teknikker, isometriske/isotoniske teknikker, artikulære teknikker, myofasiale avslapning-

steknikker, funksjonelle teknikker, strain/counterstrain-teknikker, elastisitetstester på kraniale bein (kranial osteopati) og kjeveleddsteknikker.

De ulike osteopatiske undersøkelsesteknikkene korreleres mot hverandre for å gi et best mulig grunnlag for utvelgelse av behandlingsteknikker. Disse teknikkene inndeles i tre kategorier: parietale, viscerele (fasciale) og kraniale.

De muskulære teknikkene har som hovedmål å få senket spenningen i muskelvev, øke elastisiteten og bedre sirkulasjonen i vevet. Manipulasjon er en teknikk med liten kraft og stor hurtighet, som brukes til å frigjøre fastlåste ledd. Slik senkes muskelspenningen, og sirkulasjonen øker i de aktuelle vev. Mobilisering omfatter flere forskjellige teknikker avhengig av hvilken anatomisk struktur man ønsker å stimulere til å økt bevegelse.

Artikulære teknikker (manipulasjon uten impuls) brukes dersom bevegelsen er redusert i ledd. Dette bedrer den lokale leddmobilitet og sirkulasjon.

Dersom bindevevsstrukturer rundt organer innehar forminsket bevegelse, vil man bruke mobilisering som behandlingsmåte. Dette er visceral eller fascial osteopati. Den aktuelle delen av kroppen blir da gjentatte ganger tøyd og beveget i riktig retning.

Hva terapiene brukes for

Oftest oppsøker pasienten en osteopat for lidelser i muskel- og skjellettsystemet som for eksempel: ryggsmarter, nakkesmarter, bakkensmarter, hodesmarter, skulder-arm-problemer og hofte-kne-ankel-problemer. I tillegg behandles ofte fordøyelsesproblemer. Hos kvinner kan osteopatisk behandling benyttes ved: premenstruelle smarter, barnløshet, underlivssmarter som følge av bekkenløsning (under og etter svangerskapet) eller inkontinens. Barn behandles særlig for kolikksmarter, hyperaktivitet, lese- og skrivevansker, balanseproblemer, konsentrasjonsproblemer og problemer i fordøyelsessystemet.

Hvis en skade er av en slik art at vevet er ødelagt, vil osteopaten stimulere kroppen til å erstatte eller utjevne den påfølgende funksjons-/bevegelsesforstyrrelsen. Osteopatene samarbeider med fagpersonell innen konvensjonell medisin og henviser til skolemedisinsk behandling dersom dette er nødvendig.

Enkelte kan få en forbigående reaksjon etter osteopatisk behandling, slik som influensalignende symptomer, tretthet, uopplagthet og lett smerteøkning.

Egeninnsats og samarbeid mellom osteopaten og pasienten er viktig.

Første konsultasjon varer én time. Antall behandlinger vil variere avhengig av pasientens problemer, og hyppigheten kan variere fra to ganger per uke til én per seks uker.

Forklaringsmåte

Kroppen er en funksjonell enhet. Det er dessuten en grunnleggende sammenheng mellom struktur og funksjon. Kroppens strukturelle integritet gjenspeiler individets helse. Forandringer i funksjoner kan føre til forandring i strukturen, likeledes som forandring i strukturen kan føre til forandring i funksjoner.

Når kroppens iboende selvhelbredende mekanismer er svekket, kan det oppstå funksjonsforstyrrelser (dysfunksjoner). Ifølge osteopatisk teori kan tap eller reduksjon av disse indre selvhelbredende mekanismer omsider føre til en prepatologisk situasjon, en dysfunksjon som er en forløper til sykdom. Det er en vesentlig forskjell på disse to fasene. En ubehandlet dysfunksjon kan føre til en patologisk situasjon. En dysfunksjon i et eller flere av kroppens systemer (muskel/skjelett, indre organer, neurofysiologiske, kraniosakral, psykologiske, osv.), kan for øvrig forårsake eller være årsak til en dysfunksjon i andre systemer i kroppen.

Referanser

Northup, G. W. (red): *Osteopathic Research: Growth and Development*. American Osteopathic Association 1987.

Ward R. C. (red): *Foundations for Osteopathic Medicine*. Williams & Wilkins 1997.

Willard P. H. og Patterson M. M. (red): *Nociception and the Neuroendocrine-Immune Connection*. University Classics Ltd. 1991.

6.3.21 Polaritetsterapi

Ifølge polaritetsterapi flyter elektromagnetisk energi gjennom kroppen og danner et levende elektrisk og magnetisk system. Sykdom betraktes som resultat av ubalanser eller blokkeringer i livsenergien. Terapeutene mener at de ved bruk av et relativt stort antall teknikker vil kunne fjerne blokkeringen som påvirker energistrømmen i kroppen, slik at den sirkulerer fritt fra positive til negative poler, for å skape en harmonisk tilstand av nøytralitet - derav navnet.

Prinsipper og praksis i polaritetsterapien er basert på at livsenergien strømmer i alle deler av menneskekroppen i bølger av utvidelser og sammentrekninger. Polaritetssystemet benytter manipuleringssteknikker blant annet «polaritetsyoga».

Terapien ble utviklet av doktor Randolph Stone, en osteopat og kiropraktor som hadde fordypet seg i ulike østlige tradisjoner, blant annet ayurvedisk medisin, yoga og akupunktur. Stones idé om positiv og negativ energi tilsvarer til en viss grad den kinesiske modellen om yin og yang. Men hans modell har sterkere tilknytning til den ayurvediske lære om de tre «doshaer» (elementer), da han mente at det også var en tredje, nøytral energi, som jorder mennesket ved å sammenbinde de andre to energiformene.

Stone mente at hvert energisenter i dette systemet er styrt av de fem elementene (jf. ["Alternativmedisinske helse-, sykdoms- og forklaringsmodeller"](#) i kapittel 5):

- Det eteriske senteret styrer stemmen, hørselen og strupen.
- Luftsenteret styrer åndedrett, blodsirkulasjon, lungene og hjertet.
- Ildsenteret styrer fordøyelsen, magen og tarmene.
- Vannsenteret, en generativ og emosjonell kraft, styrer bekkenet og kjertelutsondringen.
- Jordsenteret, utskillelse av væske og faste stoffer, styrer endetarmen og blæren.

Disse energisentrene er identiske med «chakraene». I likhet med en rekke andre terapier, bestreber polaritetsterapien seg på en balanse mellom disse fem elementene, som delvis, men ikke helt, tilsvarer de fem elementene i kinesisk medisin.

Det finnes en etablert fremgangsmåte som innebærer å arbeide med reflekser og trykkpunkter over hele kroppen for å løse energiblokkeringer og notere ubalanser.

Terapeuten bruker fire teknikker: Kroppsterapi, bevisstgjøring, kosthold og øvelser:

Kroppsterapien består av at terapeuten bearbeider bestemte punkter. Terapeuten benytter tre typer press/berøring, avhengig av hvor blokkeringene sitter.

Terapeuten er også en katalysator i bevisstgjøringsprosessen om årsakene til gamle blokkeringer, slik at man fremskynder oppløsningen av disse. Pasienten får støtte til å endre uheldige holdninger.

Kosthold brukes også for å stimulere livsenergiflyten, ikke minst ved at man anbefaler kost som hjelper kroppen med å fjerne giftstoffer. I tillegg til en rensende diett, benytte gjerne en leverskylling, som inneholder olivenolje, presset sitron, hvitløk og ingefærrot. Pasienten kan deretter følge en vedlikeholdsdiett.

En serie yogalignende stillinger og øvelser utføres gjerne av pasienten. Disse påvirker bestemte livsenergisentre og åpner livsenergistrømmen. Øvelsene er for det meste rolige strekkøvelser. Pasienten lager i noen tilfeller lyder for å fremskynde oppløsningen av spenninger.

I behandlingen legges det ikke spesiell vekt på å behandle spesifikke symptomer. Behandlingen tar mer sikte på å balansere livsenergien slik at naturen selv foretar helbredelsen. Pasientens egeninnsats er vesentlig.

Referanser

Stone R.: *Health Building*. CRCS Publication.

Bjerknes U.: *Polaritetsterapi - tilbake til harmonisk vekst*. Alternativt Nettverk 1998.

Young P.: *Polarity Therapy, a practitioner's perspective*. Prism Press.

Siegel A.: *Polarity Therapy, the power that heals*. Prism Press.

Stone R.: *Polarity Therapy*.

6.3.22 Samisk folkemedisin og tradisjoner

Mennesker som lever i nær kontakt med naturen og mennesker på flyttefot oppdager ikke bare at naturen har sitt eget språk, men at den også har et eget apotek. Samene har i løpet av flere tusen år utviklet en egen folkemedisin. Den folkemedisinske tradisjon tok for seg både somatisk og psykiatrisk sykdom og ble utviklet ved prøving og feiling. Dette er folkemedisin med trekk av naturmedisin, men kanskje framfor alt medisin med innslag av tro, trolldom og magi. Samenes folkemedisin avviker neppe særlig fra andre folkeslags, en finner likhetstrekk i for eksempel indiansk og eskimoisk folkemedisin, men også i for eksempel norsk bygdemedisin. Det er likevel ikke urimelig å anta at samisk folkemedisin er mer levende enn annen folkemedisin i dagens Norge.

«Samisk religion» står som en betegnelse for en religiøs tradisjon med klare forbindelseslinjer til sibirsk religion og det en ofte kaller for sjamanisme. En knytter definisjonen av en sjaman til det sibirske ordet «saman» som har å gjøre med å vite eller forstå. Sjamanen er den som «ser» mer enn andre, fordi han har mottatt evnen til å se inn i og påvirke det som skjer i andre verdener.

Noaiden - samenes sjaman - kunne drive ut sykdom. Noaiden var i stand til å binde sammen vår verden og den underjordiske. Noaiden hadde et instrument, et våpen, som var viktig - runebomma. Denne brukte noaiden for å oppnå transe for å få kontakt med underverdenen slik at han fikk se årsaken til sykdommen. Således var noaiden både lege og prest, spåmann og rådgiver. Semantisk sett betyr sannsynligvis noaide «en som forstår seg på trolldom».

Det samiske samfunn idag har et ganske tvetydig forhold til de før-kristne religiøse tradisjonene. Allerede fra tidlig på 1700-tallet la storsamfunnet stor vekt på å kristne samene og tilpasse dem et liv etter storsamfunnets regler og normer. Sjamanismen i samisk utforming forsvant dermed gradvis utover på 1700-tallet. Runebommer ble beslaglagt i stor stil og noaidene måtte gå «under jorden» for ikke å bli forfulgt av rettsapparatet.

Blant samer, kvener og etterhvert også nordmenn oppsto det en vekkelse omkring 1850 under ledelse av den svensk-samiske presten Lars Levi Lestadius. Denne vekkelsen bidro ytterligere til å svekke den gamle religionens innflytelse blant samene. Ikke minst var det viktig at den samiske sjamanen, noaiden, ble borte. Noen av noaidens funksjoner fortsatte i kristen drakt, for eksempel hans rolle som helbreder. Fortsatt oppsøker mange mennesker slike som «kan lese» for sykdom-

mer, det vil si folk som er kjent for å ha evnen til å kunne helbrede. De fleste formularer som idag brukes i forbindelse med «lesingen» har en klar kristen form, men det forekommer også formularer med før-kristent innhold.

Gjennom den læstadianske vekkelsen ble det gradvis utformet en religiøs uttrykksform og moralsk livsstil som var nært knyttet til samisk identitet. Mens læstadianismen primært bevirket en indre åndelig fornyelse og en etisk reisning blant samene, hadde den samiske før-kristne religionen en ganske annerledes funksjon. Her var det nettopp forholdet til naturen og maktene som sto sentralt.

Andre noaide-funksjoner er nok fortsatt i bruk, men karakteristisk for dagens situasjon er at den helhet av kunnskap som noaiden forvaltet, er oppstykket og fordelt på personer som ikke ser denne form for kunnskap i et helhetlig religiøst perspektiv. Noen kan litt, andre kan noe annet, men det er ikke lenger noen som forvalter kunnskapen som helhet slik den gamle noaiden kunne.

To ting er viktig å fremheve i den religionsutøvelsen som var knyttet til bruken av runeomma. For det første stilte en seg ganske pragmatisk til selve trosinnholdet, for eksempel hvilke guder en skulle forholde seg til. For det andre var maktene knyttet opp til krefter en kunne merke direkte i menneskelivet og i naturen generelt.

Selv om den gamle religionen er borte og ikke lenger er et naturlig uttrykk for samisk religiøsitet, finnes det likevel elementer av før-kristen religiøsitet i dagens samiske kultur. Disse elementene er primært knyttet til den nomadiske livsform. Samisk religion har vært karakterisert som en form som naturmystikk.

Den nære forbindelsen mellom naturen, de rådende makter og det enkelte mennesket, er selve livsnerven i den samiske naturforståelsen. En av disse maktene er huldra. Huldra er levende i hverdagen både på godt og ondt, hun er en trøster og en hjelper. Hvis man fikk et funksjonshemmet barn, var det en trøst at det var huldra som hadde byttet barnet, dermed unngikk man skammen og skylden. I samisk tradisjon ble slik kunnskap formidlet på en uformell og pedagogisk måte gjennom fortellinger om de makter som hadde sine boliger i naturen, og som mennesket måtte vise respekt for gjennom den måten en brukte naturen på.

Et viktig samiske prinsipp er at sykdom er noe man kjemper med - ikke mot, og fra sammenbrudd går veien til gjennombrudd.

På 1600-tallet var det høyst fire-fem leger i Norge, den nordligste satt lenge i Trondheim. Vi kan neppe regne med at syke samer fikk særlig nytte av de første legene, dertil var språket, kulturen og holdningene så forskjellige. Samene har helt opp til våre dager langt på vei vært nødt til å stole på egne krefter. Det er grunnlag for å hevde at folkemedisin og skolemedisin har levd i fredelig sameksistens. På folkemunne har det ofte hett at «du skal gå til doktoren for å finne ut hva som feiler deg, men du skal gå til leseren for å bli frisk».

Samiske skikker og seder tyder på at magien ble brukt for å helbrede sykdom. Tabuforestillinger, tro på farlige makter og frykten for byttinger gjorde at samene foretok seremonielle handlinger som for eksempel å kaste et metallstykke i badekaret til den nyfødte eller ofre litt tobakk ved en bestemt stein i naturen (en sieide). Sykdom prøvde en også å overføre til dyr, for eksempel løpper, lus og frosker. Svart magi eller gann kunne bli brukt. Amuletter skulle beskytte mot onde makter.

Det som for utenforstående kunne se ut som magi, kunne for samene være legemidler nedarvet gjennom mange års erfaring, prøving og feiling. Samene foretok bad hvor bestemte urter ble brukt. Av planter fra samenenes medisin kan nevnes: ballblom, bjørkeløv, einer, finnmarkspors, hestehov, kjerringrokk, kråkefot, lusegras, ryllik, røyksopp, tyttebær og vassarve. Bjørkeløv har vært brukt mot reumatisme, einer mot astma, forstoppelse og håravfall. Hestehov/løvetann ble anvendt mot magesmerter, men også mot svuller fordi man mente planten hadde en rensende effekt. Ulike bærsorter ble brukt mot diaré.

Et velanvendt folkemedisinsk middel, kjent fra en rekke ulike land, er kopping. Også i dag finnes det i samiske bygder folk som driver med kopping. Kopping ble utført med koppehorn, helst av okser eller kuer. Kopping har vært brukt for å lege smerter og for å øke blodsirkulasjonen, og regnes som en effektiv metode.

Brenning av knusk eller moxibusjon, moxabrenning, regnes for å ha sin opprinnelse i Kina og har vært brukt og brukes til medisinske formål.

Reinen har - naturlig nok - vært mye brukt blant samene. Reinblod, reinhorn, reinhår, reinkjøtt, reinlever, reinost, reinskinn, reinvom og andre tenkelige produkter har vært brukt mot ulike sykdommer.

Referanser

Gustavsen J.: *Samisk folkemedisin*. Tidsskrift: DYADE. 1976.

Kristiansen R.: *Samisk religion i en økologisk sammenheng*. Tidsskrift: Kirke og kultur 2/1994.

NOU 1995:6 *Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge*.

6.3.23 Soneterapi

Fotsoneterapi er basert på et system av soner i føttene som gjenspeiler kroppens forskjellige organer og deler. Ved sykdom eller svakhet i et organ kommer det en ømfintlig fortykkelse i underhuden i den korresponderende sonen i foten. Et lignende system av korresponderende soner finnes i hendene og benyttes i håndsoneterapien. Behandlingen består i punktmassasje av slike affiserte soner.

Historikk

I legen Akhmabors grav i Saqqara i Egypt finnes det veggmalier fra det tidlige 6. dynasti (ca. 2330 f.Kr.) som sannsynligvis viser en scene fra en soneterapeutisk behandling. Vi har også andre vitnesbyrd som tyder på at soneterapi har vært en viktig del av den gamle egyptiske legeskunst, som i følge den greske historieskriveren Herodot sto høyt.

Den moderne soneterapien stammer fra Amerika. Ifølge doktor Joseph Bachmann som underviste i fysiologi i USA i årene 1846-1881, ble fotsoneterapien oppdaget i 1842. Den er kjent fra enkelte nordamerikanske indianertradisjoner. I begynnelsen av vårt århundre ble soneterapien videreutviklet og systematisert av den amerikanske øre-nese-hals-legen William H. Fitzgerald. Hans sonesystem omfattet hele kroppen, ikke bare hender og føtter. Flexner-rapporten som i 1910 fastslo strenge vitenskapelige kriterier for amerikansk medisin, medførte imidlertid at soneterapien ble utelukket fra den medisinske undervisning i USA. Den form for fotsoneterapi som senere har fått gjennomslag i alternativ medisin, stammer fra en av Fitzgeralds elever, Eunice Ingham (hun var massøse).

Det er utarbeidet kart over sonene i føttene og hendene. Her har nordmannen Charles Ersdal gjort en stor innsats. Soneterapi har vært praktisert i Norge siden 1960-tallet og er i dag en av de vanligste former for alternativ medisin. Det har vært arrangert flere kurstilbud her i landet, og en del norske soneterapeuter har også fått sin utdanning i utlandet, særlig i Danmark. Soneterapi inngår i dag i undervisningen ved flere av skolene for naturmedisin/helhetsterapi, og er et sentralt fag i undervisningsplanen for refleksterapi.

Beskrivelse av behandlingsformen

Primært i undersøkelsen av pasienten er undersøkelsen av sonene i føttene og eventuelt hendene. Den gir soneterapeuten informasjon om hvilke organer eller vev som er affisert i det aktuelle sykdomsbildet. Men terapeuten vil også ha andre inn-

fallsvinkler til å kunne danne seg en oppfatning av pasientens problemer og årsakene til disse. Her er anamnesen viktig og eventuelt medisinske tilleggsopplysninger. Terapeuten vil kunne supplere undersøkelsen med andre diagnostiske metoder alt etter hvilke nye kunnskaper han/hun har.

Det er viktig at terapeuten har visse medisinske kunnskaper/skjønn slik at han vet å henvise pasienten til lege når dette er indisert. Ved soneterapiutdanningen i Norge har man derfor lagt stor vekt på at terapeutene får en medisinsk basisutdanning.

Erfarne soneterapeuter kan utvikle stor følsomhet når det gjelder undersøkelsen av sonene i føttene, og vil i mange tilfeller utfra dette kunne danne seg en mening om det dreier seg om sirkulasjonssvikt, akutte eller kroniske betennelser, i de respektive organer. Derved vil han kunne forme hypoteser om hvor i kroppen et medisinsk problem sitter, og hva slags problem det er tale om.

Selve behandlingen består i det vesentlige av punktmassasje av affiserte soner. Teknikken kan variere, likeledes antallet affiserte soner som behandles hver gang. Sonene i føttene eller hendene gjenspeiler hele kroppens funksjonstilstand og det tilstrebes en helhetlig behandling, ikke bare en lokalisert behandling av den kroppsdel som gir manifeste symptomer. Her spiller terapeutens generelle medisinske kunnskaper og erfaring en viktig rolle.

Bruken av håndsoneterapi har hittil vært mindre utbredt i Norge. Denne form for terapi egner seg godt til egenbehandling da disse sonene er lettere tilgjengelig for pasienten selv enn fotsonene. Professor Park Jae Woo i Korea har utviklet et praktisk system basert først og fremst på biologografiske sonesystemer i hendene og fingrene som egner seg godt såvel til egenbehandling, som til behandling av andre. Denne terapien som har fått navnet Su Jok terapien, er nå i ferd med å vinne økende internasjonal utbredelse. Det er blant annet opprettet et institutt for Su Jok terapi i Moskva.

Hva terapien brukes for

Behandlingen kan være smertefull, men vil likevel i de fleste tilfeller oppleves av pasienten som en «lettelse». Reaksjoner etter behandlingen oppstår vanligvis behandlingsdagen eller dagen etter og kan medføre en forverring av de symptom som fra før er aktive. Ellers kan man oppleve generelle symptom som hodepine, tretthet, diare, svetting, utsondring fra slimhinner og økt vannlating. Disse symptomene er forbigående og tolkes som tegn på at kroppens selvhelbredende system er stimulert og at det skjer en avgiftning. Behandlingshyppigheten og behandlingstidens varighet varierer alt etter hva slags problem som behandles. Barn reagerer lettere på soneterapi enn voksne, og soneterapi egner seg godt til behandling av mange lidelser hos barn, som kolikksmerter, diaré og gjentatte luftveisinfeksjoner. Eldre pasienter reagerer vanligvis tregere på behandlingen, men også i aldersomsorgen kan soneterapi ha en viktig funksjon.

Fordi soneterapi først og fremst fremmer pasientens selvhelbredende prosesser, har soneterapi et meget bredt indikasjonsområde. Behandlingen kombineres ofte med annen medisinsk behandling. Det er vanlig at norske soneterapeuter også behersker andre former for alternativmedisinsk behandling som urtemedisin, homøopati og øreakupunktur. Soneterapi brukes også til forebyggende behandling fordi funksjonsforstyrrelser hevdes å kunne gi utslag i fot- og håndsonene før de har ført til manifest sykdom.

Forklaringsmåte

Hele kroppen avspeiles såvel i føttene som i hendene. Høyre fot/hånd representerer høyre kroppshalvdel, og venstre fot/hånd venstre kroppshalvdel. De forskjellige soner er lokalisert i den anatomiske rekkefølge de korresponderende organer og vev finnes i kroppen. Dersom et organ er affisert av sykdom eller svekket, vil under-

hudsvevet i den tilsvarende sonen palperes hard, stram, øm og/eller smertefull. Behandling av denne sonen vil virke inn på det respektive vev/organ. Umiddelbart etter behandlingen vil det kunne komme en forsterkning av symptomene som tegn på en mer akutt tilstand, men dette vil etterfølges av en bedring som tegn på tilheling. Både i føtter og hender finner vi således et sonesystem som gjenspeiler hele kroppen. Det er med andre ord tale om et bioholografisk prinsipp slik dette er nærmere forklart i "[Alternativmedisinske helse-, sykdoms- og forklaringsmodeller](#)" i kapittel 5. I overensstemmelse med dette kan man klassifisere fot- og håndsoneterapi som bioholografiske metoder som kan forklares på grunnlag av ECIWO-teorien.

Sonesystemene i føttene og hendene har utvilsomt en biokybernetisk funksjon: Når vi går eller bruker hendene, utsettes sonene for trykk og strekk, og dette bidrar både til å gjenopprette kroppens homeostase (likevektstilstand) og stimulere regenerative prosesser i svekkede organer. Det viser seg i praksis at soner som tilsvarer vitale organer, ligger relativt beskyttet i føttene slik at de ikke stimuleres i utreningsmål. Sonesystemene synes derfor både å ha en viktig fysiologisk funksjon og være hensiktsmessig plassert.

Fot- og håndsoneterapi blir også klassifisert som «refleksologi-metoder» og betegnes på engelsk som «foot and hand reflexology». Men det må understrekes at man ikke har funnet grunnlag for å forklare disse metodene ut fra nevrofysiologiens kunnskap om nevrogene reflekser.

Referanser

- Andersen, L.: *Haandbog i Zoneterapi*. Borgens Billigbøger, Danmark 1976
Bredstrup E. og Launsø L.: *Hovedpine og zoneterapeutisk behandling*. Sundhedsstyrelsens Råd Vedrørende Alternativ Behandling, Danmark 1995
Corvo J.: *Soneterapi*. Hjemmets bokforlag, Oslo 1991
Ingham E.: *Zone terapi*. Strubes forlag, København 1972

6.3.24 Tibetansk medisin

Tibetansk medisin bygger på gamle medisinske tradisjoner og er påvirket av gammel indisk og kinesisk medisin. Det finnes varianter av denne medisinformen i flere land i Himalaya. Buddhistiske klostre har vært medisinenes læresteder.

Tibetansk medisin består av forskjellige deler: Medisinske urter fra høyfjellsstrøk, akupunktur, kauterisasjon (etsing/brenning), kosthold og åndelige og psykologiske metoder.

I tibetansk diagnostikk spiller pulsdiagnosen og undersøkelsen av urinen en særlig rolle. Behandlingen tar sikte på å gjenopprette den fysiske, psykiske og åndelige balansen, og legens medfølelse er en viktig faktor.

Historikk

Opprinnelsen til tibetansk medisin kan tidfestes til begynnelsen av 800-tallet da en tibetansk konge inviterte leger fra India, Nepal, Kina, Persia og gammel gresk medisin til en konferanse i Tibet der de kunne fremlegge sine medisinske teorier og behandling av forskjellige sykdommer med tanke på å finne frem til de beste behandlingene. Tibetansk medisin inneholder således elementer fra disse gamle medisinske tradisjoner med tillegg av eldre sjamanistisk medisin fra Tibet. Dette er imidlertid smeltet sammen innen en buddhistisk virkelighetsforståelse til en særegen medisinsk tradisjon med en rik medisinsk litteratur.

Tibetansk medisin har vært høyt verdsatt i Asia og er i dag gjenstand for økende internasjonal oppmerksomhet. Tidligere ble tibetansk medisin undervist ved to medisinske høyskoler i Lhasa. I våre dager har den tibetanske eksilregjering

opprettet en medisinsk høyskole i Dharamsala i India, Tibetan Medical and Astrological Institute, eller Men-Tse-Khang som den nå heter etter en av høyskolene i Lhasa. Det er en meget lang og krevende utdanning. Det sies at tibetanske leger ikke frykter konkurranse fra kvakksalvere fordi de tar det som en selvfølge at folk meget fort innser hvem som er en kvalifisert lege, og hvem som ikke er det.

Tibetansk medisin er enda vanskeligere å lære for europeere enn ayurvedisk og tradisjonell kinesisk medisin. Selv om det har vært holdt kurs for utenlandske leger i Dharamsala, og selv om det er opprettet en skole i tibetansk medisin i tilknytning til et buddhistisk kloster i Skottland, er det derfor foreløpig bare tibetanske leger som virkelig behersker denne form for medisin. Dalai Lama har lagt stor vekt på å bevare og videreutvikle tibetansk medisin og gjøre den kjent i verden. Dette er også bakgrunnen for at tibetanske leger fra India har kommet regelmessig til Norge hvert år siden 1987 i regi av foreningen Venner av Tibet.

Beskrivelse av behandlingsformen

Den tibetanske medisin omfatter egentlig tre plan:

Dharma som omfatter det religiøse og åndelige plan, behandler gjennom åndelige og psykologiske metoder for at pasienten skal lære å forstå sinnets natur og mestre sine negative tilbøyeligheter. Legens medfølelse er en meget viktig faktor.

Det *tantriske* plan dekker et mellomskikt mellom det mentale og det somatiske plan og anvender psyko-fysiske yogaøvelser for å påvirke subtile, vitale livsenergi.

Den *somatiske* medisinen der ideen om balanse i kroppen og mellom den og tilsvarende aspekter i den ytre verden er sentral. Når det gjelder kroppen uttrykkes dette først og fremst som harmoni mellom de tre «humores», som oversettes med vind, galle og flegma (jf. de tre tilsvarende, men ikke helt identiske humores i gammel gresk medisin og de tre doshaer i ayurvedisk medisin). Disse tre humores er inndelt i undergrupper som kontrollerer forskjellige fysiologiske systemer, og de opptrer i forskjellige kombinasjoner. Dette gir i tibetansk medisin grunnlag for detaljert analyse av forskjellig sykdomsbilder. Behandling tar sikte på å opprette den fysiologiske balansen. Her inngår råd om livsførsel og kosthold tilpasset den enkelte pasient, samt behandling med tibetanske medisiner.

De tibetanske medisinerne tilberedes som kombinasjoner av et flertall medisinske urter, der sammensetningen er nøye avveiet for å oppnå optimal medisinsk effekt med et minimum av bivirkninger. Ved kroniske sykdommer skal de taes gjennom lang tid, idet man ikke tilstreber en rask effekt, men en mer varig gjenoppretelse av kroppens balanse. Medisinske urter fra høyfjellsstrøk tillegges særlig medisinsk verdi. Man legger stor vekt på at innsamling av medisinske urter foregår på riktig måte og til rett årstid. De tibetanske medisinerne som anvendes i Norge, er fremstilt på Tibetan Medical and Astrological Institute i Dharamsala der produksjonen er underkastet nøye kontroll. I de tilfeller der det anvendes toksiske stoffer, blir disse balansert eller avgiftet gjennom spesielle prosedyrer.

Tibetansk medisin omfatter også fysikalske metoder som akupunktur og kauterisasjon. Kauterisasjon utføres enten med en glødende gullhammer som gir en 1.-2.grads forbrenning på akupunkturpunkter, eller ved såkalt dyp moxa som gir en lokal 3.grads forbrenning for å sette i gang en dypere regenerativ prosess ved mer tydelige sykelige forandringer ved kroniske rygg- eller leddlidelser. Det anvendes ikke egentlig kirurgi. Det hevdes at man sluttet med kirurgi i tibetansk medisin etter at en tibetansk dronning døde som følge av en hjerteoperasjon. Men om dette er en virkelig historisk hendelse, skal være usagt.

Hva terapien brukes for

Tibetansk medisin i Norge er spesielt brukt ved kroniske sykdommer, som revmatiske sykdommer og sykdommer i luftveiene og fordøyelsessystemet, hvor

vestlig medisin ikke har ført frem. Dette svarer til erfaringer fra andre vestlige land. Det er økende internasjonal interesse for tibetansk medisin. Den tibetanske farmakopé inneholder utvilsomt flere medisinske urter og sammensatte legemidler av stor interesse for verdensmedisinen. Ved fødselshjelp anvendes for eksempel et urtepreparat som stimulerer fødselsprosessen. Tibetanske leger er positivt innstilt til forskningsmessig samarbeid med vestlige leger og arbeider selv for å utvikle sin medisin til å møte de medisinske utfordringer i den moderne verden.

Fra Sveits markedsføres en tibetansk medisin Padma-28 (tallet 28 forteller at medisinen inneholder 28 forskjellige bestanddeler).

Referanser

Clifford T.: *Tibetan Buddhist Medicine and Psychiatry*. The Aquarian Press 1984.

Jankowski A., Drabik E., Szyszko, Z., Stasiewicz W. og Brzosko W.J.: *Treatment with Padma. 28 of Children with Recurrent Infections of the Respiratory Tract*. Clinic of Children's Infectious Disease, School of Medicine, Wroclaw, Poland og Department of Immunopathology, Institute of Infectious and Parasitic Diseases, Medical Academy, Warsaw, Poland.

Yeshi D.: *Health through Balance - An Introduction to Tibetan Medicine*. Snow Lion Publications 1986.

6.3.25 Trening, øvelser og teknikker

Noen alternativmedisinske metoder er mest en form for egentrening eller øvelser. Utvalget har valgt å kort beskrive noen eksempler på slike: Alexander-teknikken, autogen trening, Feldenkrais, qi gong og yoga.

6.3.25.1 Alexander-teknikken

Alexander-teknikken er først og fremst en treningsmetodikk for å bedre kroppsbruk hos friske mennesker. Utøvere av teknikken mener at den også har en betydelig terapeutisk verdi, både i forebyggende sammenheng og ved en rekke sykdomstilstander. Teknikken ble utviklet i slutten av forrige århundre av den australske skuespilleren F. M. Alexander. Metoden vektlegger forholdet mellom hodet, nakken og ryggen. Treningen foregår ved individuell instruksjon. I tillegg kan den som blir behandlet, utføre øvelser på egen hånd. Terapeuten styrer forsiktig hodet til eleven, slik at hodet oppnår den riktige holdningen på toppen av ryggstølen. Dette gir mulighet til optimal ryggforlengelse og friere bevegelse i hele kroppen. Intensjonen med hver time er å få eleven til å bli bevisst på sin kropp og hvordan den brukes.

6.3.25.2 Autogen trening

Autogen trening er en egen teknikk til konsentrert avspenning som ble utviklet av den tyske legen J.H. Schultz i årene 1908-1912 på bakgrunn av observasjoner gjort av nevrologen Oscar Vogt ved århundreskiftet. Vogt oppdaget at enkelte forsøkspersoner var i stand til å sette seg selv i en tilstand av selvhypnose der de bevisst kunne innvirke på fysiologiske reaksjoner som reguleres av det autonome nervesystemet.

Autogen trening har lenge vært kjent i Norge og vært anvendt av enkelte leger. Autogen trening brukes i dag av idrettsutøvere i Europa og som en komplementær metode innen ulike medisinske terapier. Det er en metode pasienten selv følger opp

etter instruksjon, og kan snarere klassifiseres som en selvsuggesjonsmetode enn en egentlig terapi.

6.3.25.3 *Feldenkrais*

Moshe Feldenkrais (1904-1984) utviklet en metode som er en læringsprosess. Han arbeidet direkte med sentralnervesystemet for å få frem nye, mer effektive, sunnere og mer behagelige bevegelsesmønstre. Ved å repetere små bevegelsessekvenser, blir det etablert nye nerveforbindelser mellom den motoriske hjernebarken og nervesystemet. Repetisjon er viktig. Ved å repetere bevegelsessekvensene blir de nye bevegelsene kjente og naturlige. Feldenkrais-metoden består av to deler: Funksjonell integrasjon utføres med kun en elev om gangen. Eleven ligger på en benk og læreren utfører bevegelsene på elevens passive kropp. Den andre delen er Awareness Through Movement, gruppeundervisning hvor læreren verbalt veileder deltakerne gjennom bevegelsessekvenser. Elevene er aktive deltakere med ansvar for sin egen kropp.

6.3.25.4 *Qi gong (qigong)*

Qi betyr «vitalkraft», «gong» er å utvikle eller styrke kraften. Metoden finnes i forskjellige utgaver fra «hard qigong» som utgjør en del av kinesisk kampsport til såkalt «medical qigong». Qi gong har ulike nivåer som medisinsk, religiøs og filosofisk. Målet med qi gong er å bringe kroppen i en tilstand av helhetlig balanse og selvregulering. Dette hevdes å kunne fremme helse, styrke immunsystemet og forebygge og kurere sykdom. Qi gong er således både en metode til selvutvikling og en metode til å behandle andre. En utøver som mottar andre til behandling, har ofte trent i mange år på å styrke sin egen kraft. I Norge benyttes qi gong mest i selvterapi, men enkelte terapeuter kombinerer metoden med akupunkturbehandling.

6.3.25.5 *Tai chi (taijiquan, skyggeboksing)*

Tai chi er en form for qi gong, bestående av rolige bevegelser. Tai chi ble brukt som selvforsvar, men er i nyere tid mest brukt for å bli bevisst og stimulere bevegelsen av «chi». Tai chi består av en serie øvelser. Metoden praktiseres i Kina av mange som en start på dagen. Tai chi skal øke vitalkraft og helse, forebygge sykdom og gi et lengre liv.

6.3.25.6 *Yoga*

Yoga kommer i hovedsak fra India og ordet betyr «forening» eller «helhet». Yogaens mangfold av teknikker integrerer kropp, sinn, energi og bevissthet. Den oppdeles tradisjonelt i fem grener som gjennom praktiske metoder kan gi visdom, innsikt, opplysning og uskyld. Det opprinnelige utgangspunktet for yogaen er altså det sunne menneske hvor de helbredende virkningene mer har vært sett på som sidevirkninger. Den terapeutiske bruken av yoga er derfor av relativt ny dato og har utviklet seg i ulike retninger i forskjellige deler av verden. Som helhetlig behandlingssystem inkluderer yogaen teknikker for avgiftning, fysisk trening, pusteteknikker og mentale teknikker som avspenning og meditasjon.

6.3.26 **Unani**

Unanimedisin bygger opprinnelig på klassisk gresk (hippokratisk) medisin og har kommet til India via Midt-Østen. Den er således knyttet til muslimsk kultur. Den

bygger på tanker om å korrigere balansen mellom ulike kroppsvæsker. Bruk av planter og mineraler og massasje står sentralt i terapien. I India er det stort sett den muslimske delen av befolkningen som bruker unani (jf. punkt 4.4).

6.3.27 Vakuumterapi og kopping

Kopping er en metode som benytter undertrykk til å bedre sirkulasjonen i huden/muskulaturen og i kroppens indre organer der blodforsyningen er dårlig, for eksempel etter en skade. Dypvevsmassasje med vakuum er en moderne behandlingsform som er en videreutvikling av kopping.

Historikk

«Overflatevitenskap» (Surface Science) er en ny teori utviklet av de to russiske legene Mikhael Bazanov og Valerij Kuotcheruok. Denne teorien så dagens lys i 1985 da de arbeidet ved avdelingen for nukleærmedisinsk diagnose på sentralsykehuset i Novosibirsk, i daværende Sovjetunionen.

De to legene gjennomførte systematisk testing av alternativmedisinske teorier med skolemedisinsk diagnoseutstyr. De gjennomgikk systematisk teorien bak klassisk akupunktur, soneterapi, akupunktur, irisdiagnostikk, fotsoneterapi osv. for å finne sammenhenger. Etterhvert igangsatte de systematiske sammenlignende studier mellom termograf (varmekamera) og tradisjonelle skolemedisinske diagnosemetoder som røntgen, computertomografi (CT) og magnettomograf (MR). Termografi brukes i dag ved norske sykehus til blant annet brystundersøkelse og undersøkelse av leggsår.

Kopping har lang historie i forskjellige former for østlig medisinsk behandling. Teknikken stammer trolig fra Kina, men den har også vært i bruk lenge i Vesten.

Dyrehorn ble benyttet ved at man trykket dette mot huden og suget luften ut i andre enden av hornet.

Kopping ble ofte kombinert med klassisk akupunktur og massasje.

I 1992 ble det etablert en stiftelse med formål å få Bazanov og Kuotcheruok til Norge for å videreutvikle teorien og etablere et behandlingstilbud. Surface Science AS ble opprettet årsskiftet 1994-95, for å utvikle dette. Virksomheten i Norge har bestått i å videreutvikle teorien i praksis med utgangspunkt i datamodeller.

Beskrivelse av behandlingsformen

Moderne kopping utføres med sugeskåler av glass eller metall, eller en maskin som øver negativt trykk ved å pumpe.

Ved tradisjonell behandling med akupunktur, utføres det fortsatt kopping ved at man brenner visse urter eller bomull i koppen for å danne vakuum. Deretter plasseres koppen på huden. Koppene kan plasseres i varierende antall på kroppen, skuldre, nakke, langs ryggrad, bryst osv. Normalt får koppene sitte i ro i 5-10 min. avhengig av individuelt behov.

Kopping kan også brukes til å massere med, ved at en kopp beveges i et bestemt mønster over huden.

Behandlingen utføres av fysioterapeuter eller behandlere med tilsvarende utdanning. Også akupunktører og andre alternative terapeuter benytter kopping som selvstendig terapi eller som støtteterapi ved annen form for spesialmassasje og lymfedrenasje.

Hva terapien brukes for

Målet ved kopping og vakuumbehandling er å «åpne» lukkede, kalde områder, og eventuelt dempe aktiviteten i stressede varme områder. Selve behandlingen kan være ubehagelig eller til og med smertefull. Sugemerkene eller blodutredelsene kan være ømme i noen dager etter hver behandling. I og etter behandlingsperioder er det

ikke uvanlig at pasientene får følelsesmessige reaksjoner. Enkelte pasienter blir trøtte etter behandling.

Behandlingen brukes blant annet ved muskel- og leddsmarter, nakkesleng, hodepine, migrene, dårlig blodsirkulasjon eller som støtteterapi ved annen form for behandling.

Pasienter med blødningsforstyrrelser, sukkersyke, kreft eller gravide behandles ikke. Man unngår også pasienter med alvorlige psykiske lidelser eller som er i psykisk ubalanse. Alvorlige hjertesyrke og andre pasienter med dårlig allmenntilstand må vurderes av lege før behandling.

Forklaringsmåte

Ifølge Bazanov og Kuotcheruok teori gir menneskekroppens overflate, huden og ytre organer et bilde på tilstanden i kroppens indre. Forskjellige ytre soner har en korrelasjon til organer. Hudsoner som er kalde på termografi indikerer lav aktivitet i bestemte områder inne i kroppen, mens varme soner er tegn på det motsatte.

Teorien hevder at det er en sammenheng mellom sirkulasjonen i huden, regional muskulatur og de indre organer. Med utgangspunkt i de to russiske legenes modell, kan en terapeut studere termografibildet for å finne ut hva slags påvirkning pasienten trenger, og ikke minst hvor.

En termografiundersøkelse viser som sagt temperaturforskjeller i huden. De områdene som har lav temperatur (blå områder) er områder med dårlig blodsirkulasjon/lav aktivitet. Dette er ofte områder hvor pasienten har smerte eller plager.

Referanse

Bjartnes J.: *Det geometriske mennesket*.

6.3.28 Øreakupunktur og øremedisin

Disse metoder er basert på det forhold at hele organismen med dens forskjellige deler og funksjoner gjenspeiles i det ytre øret. Øreakupunktur er således en bioholografisk metode og i overensstemmelse med prinsippene for ECIWO-biologien (jf. "[Alternativmedisinske helse-, sykdoms- og forklaringsmodeller](#)" i kapittel 5).

Historikk

Hippokrates omtaler en metode til behandling av isjias ved punktur av ørets bakflate, og han nevner også i boken «Om forplantningen» at de gamle egyptere benyttet en slik øremetode som prevensjonsmetode: «De som var blitt skåret i øret, kunne fortsatt ha kjønnsomgang og ejakulere, men bare sæd i mindre mengder og ufruktbar.»

Spesielle former for ørebehandling har således åpenbart spilt en rolle i oldtidens medisin. Også i det gamle Kina ble øret tillagt særlig betydning i medisinen. Under Tang-dynastiet (600-800 e. Kr.) var det en skole med kinesiske akupunktører som anvendte ca. 30 forskjellige punkter i øret.

Den moderne utviklingen av øreakupunktur skyldes den franske legen Paul Nogier. I 1951 registrerte han at noen av hans pasienter som led av kroniske ryggsmarter, var blitt vesentlig bedre etter behandling med brenning i øret hos en kvinne som drev slik behandling som en del av folkemedisinen. Dette fikk ham til å begynne et nitid forskningsarbeide for å kartlegge sammenheng mellom soner/punkter i ørene og sykdommer i forskjellige deler av kroppen. I 1957 publiserte Nogier sine oppdagelser i et tysk tidsskrift for akupunktur. Derved ble øreakupunkturen også kjent i Kina. Kineserne satte i gang store masseundersøkelser som bekreftet Nogiers oppdagelse av øreakupunkturen. Øreakupunkturen har siden vært kjent som en del av kinesisk og internasjonal akupunktur som et «akupunkturs mikrosystem».

Kineserne anerkjenner Nogiers oppdagelse, og han er blitt foreslått til Nobelprisen i medisin fra kinesisk hold.

I 1967 oppdaget Nogier at stimulering av et affisert punkt i øret gav et spesielt utslag i den arterielle puls som kan palperes ved håndleddet. Denne reaksjonen ga en ny mulighet til å bestemme aktuelle behandlingspunkter i øret på en mer individuell basis og åpnet for en rekke nye muligheter for diagnostikk og terapi. Nogier har valgt å kalle denne nye utviklingen for «øremedisin» eller aurikulomedisin, til forskjell fra øreakupunktur.

Beskrivelse av behandlingsformen

De affiserte punkter i ørene som gjenspeiler sykdom eller svakhet i korresponderende del av kroppen, bestemmes i øreakupunkturen først og fremst ved at de er ømfintlige for trykk og ved at de har minsket elektrisk hudmotstand. Man kan derfor benytte dels palpasjonsmetode, dels elektriske punktsøkere.

Punktene kan behandles med forskjellige typer fysiske stimuli: Med nåler som i akupunktur, med elektrisk stimulering av forskjellig art, med trykk eller massasje, med laser, eller endog med injeksjoner av medikamenter. I Kina benyttes meget en metode der man fester frø av en kinesisk urt på punktet og lar pasienten behandle dette selv med trykkmassasje. Man benytter også små nåler som blir stående i punktet gjennom lengre tid (såkalte «semipermanente nåler») for å oppnå en mer kontinuerlig behandling.

I øremedisinen er det utviklet en rekke andre metoder, blant annet bruk av fargefiltre, for mer subtil diagnostikk og terapi. Her er øret inndelt i forskjellig frekvenssoner, et forhold som utnyttes både diagnostisk og terapeutisk.

Hva terapiene brukes for

Øreakupunktur har et bredt indikasjonsområde idet det kan brukes som egenbehandling eller som støttebehandling ved de fleste typer somatisk sykdom.

En semipermanent nål i øret svarende til operasjonsstedet brukes for å redusere behovet for smertestillende medikamenter etter kirurgiske inngrep. I Kina anvendes øreakupunktur ved behandling av gallesten og nyresten.

Øreakupunktur er blitt meget brukt til avvenning av røkere. Av enda større interesse er anvendelsen i behandling av narkomane. Ved Lincoln Hospital i New York har psykiateren Michael Smith og hans team utviklet NADA-metoden til langtidsbehandling av narkomane der øreakupunktur inngår som en vesentlig del av behandlingsopplegget.

NADA-programmet er et poliklinisk opplegg over 3 måneder som i tillegg til øreakupunktur omfatter sosial- og psykologisk rådgivning, samt urinkontroller. NADA-programmet for behandling av narkomane har fått bred anvendelse i USA, og er anerkjent av rettsvesenet i flere stater som et alternativt opplegg for narkomane lovbrytere. Metoden er tatt opp av Uteseksjonen i Oslo som arrangerte et kurs i NADA-opplegget sommeren 1996, slik at metoden i dag praktiseres ved flere behandlingsinstitusjoner for narkomane i Norge.

Øremedisinen har et enda bredere indikasjonsområde enn øreakupunkturen. Det omfatter blant annet cerebrale funksjonsforstyrrelser og mere psykiske lidelser. En enkel metode med elektrisk behandling av ørepunkter har vært benyttet i behandlingen av dysleksi og anvendes i den franske skolehelsetjenesten.

Forklaringsmåte

Øreakupunkturen og øremedisinen er utviklet på grunnlag av klinisk forskning. Det er gjort en del forskning med tanke på å finne en nevrofysiologisk forklaring. Øret har en meget komplisert nerveforsyning der flere hjernenerver samt nerverøtter fra nakkehvirvlene er involvert og der det finnes mange fibre fra det autonome nervesystem. Det går kraftige nerveforbindelser til de sensoriske og retikulære kjernene i nervestammen og derfra videre til thalamus og hypotalamus i mellom-

hjernen. Professor Durinyan mener på dette grunnlag å kunne gi en nevrofysiologisk forklaring på øreakupunkturen og dens virkning på kretsløp, åndedrett, fordøyelsessystem og ikke minst det endokrine (indre sekresjon) system.

Øreakupunktur og lignende metoder, som neseakupunktur, øyeakupunktur, ankelakupunktur, oral akupunktur, Yamamotos nye skalleakupunktur, og hånd- og fotsoneterapi, tilhører de bioholografiske metodene. Disse metodene har fått et nytt teoretisk grunnlag gjennom ECIWO-biologien, og det er i dag rimelig å klassifisere øreakupunkturen og øremedisinen som ECIWO-metoder.

Øreakupunktur er en meget praktisk metode med et stort medisinsk anvendelsesområde. Den er basert på enkle prinsipper og metoden praktiseres i dag over hele verden, og er anerkjent av Verdens Helseorganisasjon som har arrangert møter for å komme frem til en felles internasjonal nomenklatur.

Referanser

König G. og Wancura I.: *Einführung in die chinesische Ohrakupunktur*. Karl F. Haug Verlag 1973.

Nogier P. og Nogier R.: *The Man in the Ear*. Maisonneuve 1985.

Nogier P.: *Treatise of Auricolotherapy*. Maisonneuve.

Oleson T. D.: *Auricolotherapy Manual - Chinese and Western Systems of Ear Acupuncture*. Health Care Alternatives 1990.

Øverbye B. J. : *Frisk uten piller - En innføring i øreakupunktur*. Hjemmenes Forlag 1981.

6.4 ALTERNATIVMEDISINSKE ANALYSEMETODER

Alternativmedisinere bruker mange undersøkelse- og analysemetoder for å stille diagnoser, differensiere mellom syndromer eller velge behandling. De aller fleste av disse metodene baserer seg på det holografiske prinsipp, at hele kroppen er avbildet i flere av dens deler (jf. "[Alternativmedisinske helse-, sykdoms- og forklaringsmodeller](#)" i kapittel 5). Alternativmedisinske analysemetoder er annerledes enn skolemedisinske diagnoseverktøy.

Eksempler på slike diagnostiske metoder er avlesing av tegn på tungen og beskrivelse av pulskvaliteter, og disse er blant de eldste metodene. I akupunktur skiller man for eksempel mellom ca. 30 ulike pulskvaliteter, 12 puls-posisjoner og flere puls-dybder. På tungen ser man etter endringer i farge, belegg og struktur. Tunge-diagnose brukes også i ayurveda, unani og i enkelte nyere terapiformer. Etter anamnesen brukes tunge og puls til å justere, korrigere eller bekrefte diagnosen.

Kinesiologer bruker muskeltesting, man måler musklens styrke, til ikke bare å kartlegge musklene i kroppen, men også hvordan pasienten reagerer på ulike matvarer og andre miljøfaktorer.

Det er også utviklet en rekke apparater de siste årene som baserer seg på reaksjoner i det autonome nervesystemet, enten hos utøver eller pasient. Det dreier seg om hudfuktighet, elektrisk ledningsevne og små bevegelser i hånden. Ved å eksponere pasienten for forskjellige ampuller med forskjellige stoffer, registreres forandringer i disse faktorene. Metoden brukes til å finne hva man bør bruke i behandlingen og hva man bør unngå.

6.4.1 Eksempler på analysemetoder i alternativ medisin

- *Ansiktsanalyse* er tolking av helsetilstand ved studie av hudens farger, linjer og rynker.

- *Auradiagnose* er en visuell/taktil (berøringsmessig) vurdering av auraen for harmonisering av livsenergien.
- *Bioresonans* er en metode for å kartlegge kroppens energifelt ved hjelp av bioelektriske metoder. I praksis sitter pasienten noen minutter ved et apparat med hender og føtter plassert mot en metallplate. Resultatet er en utskrift med kurver som viser forstyrrelser i energifeltet.
- *Håranalyse* er å analysere organismens status ved hjelp av mineraler og tungmetaller i håret. Håranalyser eller mineralanalyser har vært mye brukt av terapeuter som gir kostholdsveiledning. Håret sendes til Tyskland eller USA der det analyseres ved å brennes. Det avgitte fargespektret forteller hvilke mineraler det inneholder. Sammensetning og balansen av stoffene brukes til å sette mulige diagnoser og å gi kostholds/tilskuddsforslag.
- *Irisdiagnostikk* er å tolke tilstanden til indre organer ved farger/mønstre i øynenes iris. Irisdiagnosen er en vestlig diagnoseform og har oppstått flere steder uavhengig av hverandre (Sverige, Ungarn og USA). Her er det også farge og form i regnbuehinnen som brukes til å avlese kroppens bindevev. I dag er irisdiagnose lite brukt i Norge, mens tyske leger og heilpraktikere bruker metoden i stor utstrekning.
- *Kinesiologi* brukes også til å teste en rekke biologiske variabler fra sykdomstilstander til ernæringstilstand.
- *Kirlianfotografi* er diagnostisering ved hjelp av høyspenningsfotografering eller elektrografi, brukt som anamnese av auraen.
- *Lüschers fargetest* er en psykologisk personlighetstest hvor man finner de fargene som passer ens personlighet ved bruk av 73 fargekort.
- *Mayr-diagnose* brukes for å diagnostisere tilstanden i mage- og tarmkanalen, gjenspeilet i ansikt og buken, og normalisering av fordøyelsen gjennom spisetrening.
- *Mørkefeltmikroskopi* er en mikroskopisk analyse av blodceller ved hjelp av et spesielt mikroskop for tidlig diagnose av kreft, hjerte- og karsykdom, allergier, forstyrrelser i tarmens bakterieflora m.v.
- *Pendulering* er en test ved hjelp av loddsnor som «spørres» om symptomer, ernæringsbehov m. m., og rotasjonsretning angir hvorvidt hypotesen stemmer eller ikke, det vil si «ja» eller «nei».
- *Prognos* er en kombinasjon av tradisjonell kinesisk medisin, romfartsteknologi og datateknikk i det som kalles komputerbasert elektropunktur diagnostikk.
- *Pulsdiagnose* er en teknikk utviklet i Østen for å tolke helsetilstanden til indre organer ved å kjenne på pulsen.
- *Radiestesi* er pendulering og bruk av ønskekvist for å finne påvirkning av geopatogene soner. Geopatiske soner er jordstråling fra vannårer, geologiske forkastninger osv. Metoden skal identifisere mangler og medisinalg.
- *Radioni* er en teknikk hvor man bruker pendel eller radioniapparater som måler endringer i hudfuktighet/hudmotstand, til å stille diagnose.
- *Tannstrømmåling* er måling av galvaniske spenninger i munnhulen for å bestemme eventuelt utskiftning av amalgam med komposittmaterialer, gullinnlegg m.v.
- *Tungediagnostikk* er en kinesisk/orientalsk diagnoseteknikk hvor en bruker tungens utseende for å bestemme diagnose.
- *Urinanalyse* brukes i tibetansk/orientalsk medisin. Metoden brukes for å vurdere urinens sammensetning, konsistens, lukt, farge m.v., som grunnlag for sykdomsdiagnose og terapi.
- *VEGA-test* er også kalt vegetativ reflekstest, VRT. Testen måler elektrisk hudmotstand fra akupunkturpunkter for å finne livsenergiblokkeringer og riktig

- homøopatisk middel.
- Øreakupunktur kan også brukes til å stille diagnose ved hjelp av trykk og/eller måling av elektrisk hudmotstand.

Sammenfatning

Det er viktig å understreke at de fleste alternativmedisinske analysemetodene ikke er tenkt brukt i stedet for en skolemedisinsk diagnose. Snarere har de en funksjon innen den terapiretning de springer ut fra, og brukes til å velge behandlingssplan. Når en akupunktør etter å ha tatt pulsen på en pasient sier at «noe er galt med leverenergien», betyr dette ikke at det er noe galt med organet leveren. Det er snarere en forstyrrelse i energikretsløpet i meridianen som er knyttet til leveren. Å sammenligne diagnosemetodene fra alternativ medisin og skolemedisin blir meningsløst, fordi det tankemessige utgangspunkt er så forskjellig.

KAPITTEL 7

Brukerne av alternativmedisinske behandlingsformer**7.1 HOVEDTENDENSER**

Utvalget har gått gjennom forskningsresultater og litteratur som omhandler befolkningens bruk av alternativmedisinsk behandling. I dette kapittelet gjengis hovedlinjene i det materialet som er gjennomgått.

7.1.1 Norge

Det har vært en øking i bruk av alternativmedisinsk behandling i Norge og i utlandet (jf. punkt 7.2 og 7.3). To tredjedeler av de som ikke har benyttet alternativmedisinsk behandling kunne tenke seg å gjøre det. Denne andelen har ligget konstant gjennom mer enn tyve år. Homøopat, akupunktør og soneterapeut er i nevnte rekkefølge de mest benyttede alternativmedisinske behandlere.

Kvinner går oftere til alternativmedisinske behandlere enn menn. Menns bruk øker mest. Menn søker tidligere hjelp hos alternativmedisinsk behandler når de blir syke sammenlignet med kvinner. Middelaldrende og yngre benytter alternativmedisinsk behandling mer enn eldre. De som har vært hos alternativmedisinsk behandler tidligere i livet, fortsetter ofte også som eldre. Bruken har økt mest i de eldste aldersgrupper de siste årene.

Tidligere var det mindre bruk av alternativmedisinsk behandling på landet enn i byene. Nå er denne forskjellen visket ut. Høy utdanning relaterer seg til høyt forbruk av alternativmedisinsk behandling, men denne tendensen er også i ferd med å viskes ut.

Det å kunne tenke seg å oppsøke alternativmedisinsk behandler når en aldri har gjort det før, synker sterkt med økende alder.

Alvorlig og kronisk syke benytter alternativmedisinsk behandling i særlig grad. En tredjedel av brukerne går til alternativmedisinsk behandler også ved «vanlig sykdom», ikke bare ved alvorlig sykdom eller som siste utvei. Dette er en ny trend. Tidligere var det en klar tendens til at alternativmedisinsk behandling ble brukt etter at pasienten hadde vært hos lege, ofte flere leger, med sin sykdom eller plage. Nå ser det ut til å være en tendens til at alternativmedisinsk behandler oppsøkes først. Får en tilbake samme sykdom som en har fått hjelp for av en alternativmedisinsk behandler tidligere, er tendensen at en går tilbake til den samme behandleren uten først å gå til lege.

«Når legen ikke hadde lykkes» oppgis som den viktigste grunn til å kunne tenke seg å oppsøke alternativmedisinsk behandler. De fleste pasienter søker alternativmedisinsk behandler for å få hjelp med det leger føler de kan hjelpe sine pasienter minst med.

Ryggsmerter, isjias, nakkeproblemer og hodepine/migrene er de lidelser folk hyppigst søker alternativmedisinsk behandling for. De som har vært hos alternativmedisinsk behandler tidligere, oppsøker ofte slik hjelp på ny.

Mer enn to tredjedeler av de som benyttet alternativmedisinsk behandler oppga å bli friske eller bedre, mens under en tredjedel verken ble bedre eller dårligere. Flere yngre enn eldre og flest kvinner oppga å ha blitt helt friske eller bedre. Det ser ut som om de som oppsøker alternativmedisinsk behandler tidlig i sin sykekarriere, har lettere for å bli hjulpet.

Sammenlignet med for noen år siden forteller flere i dag til sin lege at de benytter alternativmedisinsk behandling. Mange pasienter vil gjerne diskutere alternativmedisinsk behandling med legen, men mange føler at deres lege ikke er mottakelig for dette. Særlig gjelder dette pasienter med kreft. To tredjedeler av brukere av alternativmedisinsk behandling synes at pasienter på sykehus burde få et tilbud om slik behandling innen sykehuset. Vel halvparten av befolkningen er uenig i at en må ha henvisning fra lege for å kunne motta alternativmedisinsk behandling, mens vel en tredjedel er enig.

De som ikke har kreft har mer tro på alternativmedisinsk behandlings positive virkning på kreft enn de som selv har kreft. De som bruker alternativmedisinsk behandling tror mer på at forandring i livsstil kan influere positivt på kreft enn ikke-brukere.

Folk oppsøker alternativmedisinsk behandler for å få hjelp med kostholdsveiledning, kosttilskudd, styrking av immunforsvaret og for å bedre allmenntilstanden. Folk savner å få kostholdsveiledning hos sin lege. I dag mener vel to tredjedeler av befolkningen at alternativmedisinsk behandling bør refunderes over trygdebudsjettet. I 1994 var det 59 prosent som mente dette.

Fire av fem i befolkningen er positive til en autorisasjon eller godkjenningsordning av alternativmedisinske behandlere.

7.1.2 Andre land

Forbruk av, offentlig interesse for, såvel som forskning i alternativmedisinsk behandling er stigende i de fleste land, og ikke minst i Europa. Andel av befolkningen som har besøkt alternativmedisinsk behandler, varierer mellom 18 og 70 prosent i de land utvalget har opplysninger fra. Mellom 50 og 80 prosent av befolkningen har en positiv holdning til alternativmedisinske behandlere.

Kvinner benytter alternativmedisinsk behandling oftere enn menn i mange europeiske land. Dette er også tilfelle i USA. Menn oppsøker alternativmedisinsk behandling tidligere i sin sykekarriere enn kvinner, og menn har oftere positive erfaringer med alternativmedisinsk behandling sammenlignet med kvinner.

I de fleste landene utvalget har opplysninger fra, er forbruket størst i aldersgruppen 30 - 60 år.

Alternativmedisinsk behandling brukes særlig for å bli kvitt eller lindre plager, lidelser og sykdom. Alternativmedisinsk behandling brukes også i utstrakt grad for å forebygge, for å bedre allmenntilstanden og styrke immunforsvaret. Særlig oppsøkes alternativmedisinske utøvere for å få hjelp med problemer i bevegelsesapparatet, ryggsmerte, nakkeproblemer, muskelspenninger, hodepine/migrene, astma, allergi og eksem.

Mellom 60 og 80 prosent av brukerne i Danmark har erfart positiv virkning av behandlingen med det problem de har søkt behandlet. Den positive virkningen spenner fra symptomlindring til helbredelse.

Over to femtedeler av de som benyttet alternativmedisinsk behandling gikk med sitt problem direkte til alternativmedisinsk behandler.

En rekke undersøkelser viser at utilfredshet med hva det etablerte behandlingssapparatet klarer å gjøre, samt en søken etter nye måter å forstå sykdom på, er det som først og fremst motiverer folk i Danmark til å søke alternativmedisinsk behandling. I England svarte fire av fem av de som hadde søkt homøopatisk behandling, at deres grunn var utilfredshet med den etablerte medisin.

I England er det vist at konsultasjonen hos en alternativmedisinsk behandler tar åtte ganger så lang tid som hos en allmennpraktiker.

Homøopati er den form for alternativmedisinsk behandling som brukes oftest i fem av 14 land, og som ett av de tre hyppigst benyttet i 11 av landene. Urtemedisin er hyppigst benyttet i tre av landene, og som ett av de tre hyppigst benyttede i fem land.

7.2 BRUK AV ALTERNATIVMEDISINSKE TJENESTER I NORGE

Bruken av alternativ medisin synes å være økende. For å kunne gi et bilde av omfanget har utvalget benyttet data fra en rekke undersøkelser. Disse er:

- A-pressens undersøkelse om alternativ medisin gjennomført i 1994. Den blir omtalt som «A-pressens undersøkelse».
- Helseundersøkelsen 1995 som Aarbakke-utvalget har fått utkjørt fra Statistisk Sentralbyrå. Disse kan sammenlignes med tilsvarende data fra Helseundersøkelsen 1985. Disse undersøkelsene blir omtalt som «Helseundersøkelsen» henholdsvis 1985 og 1995.
- En spørreundersøkelse som Opinion AS gjennomførte for Aarbakke-utvalget i perioden 14.-31. oktober 1997. Den vil bli omtalt som «Aarbakke-undersøkelsen».
- Andre undersøkelser, jf. referanselisten til slutt i kapitlet.

Når folk blir spurt om de har benyttet alternativmedisinske behandlere, er det nesten umulig å få et nøyaktig svar om ikke spørsmålet er mer presist formulert. Dette fordi svarene vi får blant annet er avhengig av hva den enkelte svarer regner som alternativ behandling.

Det er også noen mennesker som nødig vil fortelle at de benytter alternative behandlere fordi de tror det er få andre som gjør det, og at de da må begrunne og forsvare at de har gjort det. Dette kan føles som en belastning. Noen er redde for å bli sett på som svært spesielle eller irrasjonelle. Andre er redde for at deres lege skal få vite om det. Dette er særlig tilfellet for den eldre del av befolkningen. Vi må regne med at det er et avtagende fenomen.

Svarene en får er også avhengig av hvem som spør, hvem som spørres, når i sykekarrieren en blir spurt og ikke minst i hvilken sammenheng spørsmålet blir stilt.

7.2.1 Bruk gjennom livsløpet

Andelen av den norske befolkning som en eller flere ganger i løpet av sitt liv har benyttet alternativmedisinsk behandler, har stadig vært stigende. (jf. tabell 7.1). Samme tendensen gjør seg gjeldende i mange europeiske land, så vel som i USA og Australia (jf. punkt 7.3).

Tabell 7.1: Prosentandel i den norske befolkning som har benyttet alternativmedisinsk behandler

År	Kilde	Noen gang	Siste år	Siste 14 dager (a)
1975	Helseundersøkelsen			0,4 (b)
1977	Bruusgaard og Efskind	19 (c, e)		
1985	Helseundersøkelsen			1,4 (c)
1991	Christie	25 (c, d)		
1994	A-pressens undersøkelse, mai	27 (c, f)		
1995	Helseundersøkelsen		13 (c, d) ¹	
1997	Aarbakke-undersøkelsen, oktober	33 (c, d)	11 (c, d)	

- a. Bare de som hadde vært syke siste 14 dager ble spurt om de hadde oppsøkt alternativ behandler i løpet av disse siste 14 dager.
- b. Gjaldt bare urtemedisiner, homøopati, helbredelse ved spesielle evner/krefter samt helbredelse ved religiøs behandling.
- c. Kiropraktor er her inkludert.
- d. Gjelder den voksne befolkning mellom 18 og 80 år.
- e. Gjelder den voksne befolkning mellom 16 og 79 år.
- f. Gjelder befolkningen fra 0-79 år.

¹⁾ Sammenlignes Aarbakke-undersøkelsen med Helseundersøkelsen 1995 for bruk i løpet av siste år kan det se ut som det er en nedgang fra 1995 til 1997 fra 13 til 11 prosent. Noe av forklaringen på dette kan være at Helseundersøkelsen dekker befolkningen fra 0 til 79 år, mens Aarbakke-undersøkelsen bare dekker fra 18 til 80 år. En annen ting som kan forklare noe av denne forskjellen er at i Helseundersøkelsen 1995 nevnte intervjueren en rekke eksempler på alternativ behandling som de intervjuede skulle svare på om de hadde benyttet. Til slutt ble de spurt om de hadde benyttet noen annen form for alternativ behandling enn de hittil var spurt om. Vi vet av erfaring at ved å bli spurt på denne måten husker vi lettere hva vi har gjort, og det oppstår heller ikke tvil hos den intervjuede om hva som regnes som alternativ behandling. I motsetning til dette ble det i såvel A-pressens undersøkelse som Aarbakke-undersøkelsen benyttet helt åpne spørsmål: Har du oppsøkt alternativ behandler siste året?

Tabell 7.1 viser at under en femdel av befolkningen oppgav i 1977 at de en eller flere ganger i sitt liv har hatt kontakt med en eller flere alternativmedisinske behandlere. Andelen som oppgir å ha benyttet alternativmedisinsk behandling har økt i perioden 1994 til 1997 fra 27 til 33 prosent av den voksne befolkningen. En viktig årsak til denne stigningen er økt bruk av kiropraktor. (Kiropraktor er tatt med i Aarbakke-undersøkelsen så vel som A-pressens undersøkelse, selv om kiropraktorer av mange ikke regnes som alternativmedisinske utøvere fordi de har en beskyttet tittel. Pasientene kan, om de har rekvisisjon fra lege, få 35 kroner i refusjon per behandling fra trygdekontoret på 14 behandlinger i året. Kiropraktikk er ikke tatt med som alternativmedisinsk behandling i Aarbakke-utvalgets utredning for øvrig.)

0,4 prosent av befolkningen hadde i 1975 oppsøkt alternativmedisinsk behandler mens de var syke, i en periode innenfor de siste 14 dager før intervjuet fant sted. Denne andelen var økt til 1,4 prosent i 1985. Med alle forbehold vurderer utvalget dette til å utgjøre rundt 1,5 millioner kontakter i løpet av ett år.

Statistisk sentralbyrå har beregnet at 7 prosent av befolkningen som et samlemål, hadde oppsøkt alternativmedisinsk utøver i 1995. Kiropraktor er her holdt utenfor. Dette utgjør vel 310 000 personer. Mange av disse hadde oppsøkt flere forskjellige typer alternativmedisinske utøvere. Dersom hver av disse personene har hatt 6 kontakter med alternativmedisinsk utøver i løpet av 1995, blir det omtrent 2 millioner kontakter i løpet av ett år, altså en øking på en halv million kontakter fra 1985.

I 1997 svarte 11 prosent «ja» på spørsmålet «Har du oppsøkt alternativ behandler siste året?»

Til sammenligning hadde nesten 73 prosent av befolkningen hatt kontakt med lege, 11 prosent med fysioterapeut og 2 prosent med psykolog samme året.

I 1995 oppsøkte 85 000 personer homøopat, 80 000 benyttet seg av fotsoneterapeut, 16 000 benyttet healer og 12 000 benyttet kinesiolog.

7.2.1.1 *Bruk blant alvorlig syke*

Ulike undersøkelser viser varierende resultater med hensyn til hvor stor andel alvorlig syke som har vært i kontakt med alternativmedisinske behandlere. Et sted mellom 17 og 65 prosent av pasientgrupper med kreft har benyttet alternativmedisinske behandlere. Svarene er blant annet avhengig av hvem som spørres, hvem som spør, i hvilken sammenheng spørsmålet blir stilt og kanskje aller mest når i sykdomsfor-

løpet det spørres. I noen av undersøkelsene er tallmaterialet lite og gir derfor noe usikre antagelser.

I en studie fra Tromsø publisert i 1990 og 1991, hvor de fleste pasientene hadde hatt sin kreftsykdom i kort tid, rapporterte 17,4 prosent at de hadde vært i kontakt med alternativmedisinsk behandler i forbindelse med sykdommen. I en multisenterundersøkelse fra 1993, der også kreftavdelingen i Tromsø deltok, oppgav 31 prosent at de hadde benyttet alternative terapier en eller flere ganger i løpet av den tiden de hadde vært kreftsyke. Dette var en pasientgruppe som hadde hatt sykdommen over lengre tid. Etter fem år var prosenten som hadde benyttet alternativmedisinsk behandling blant Tromsø-pasientene steget til 40. (Justert for døde pasienter og pasienter som var falt ut av andre årsaker, hadde nesten halvparten (48 prosent) benyttet alternativmedisinsk behandling).

Samme undersøkelse viser at 40 prosent av de pasientene som brukte alternativmedisinsk behandling ved sin kreftsykdom hadde benyttet alternativmedisinsk behandling før de fikk kreft. Av kreftpasienter som ikke brukte alternativmedisinsk behandling, hadde bare 13 prosent brukt det tidligere.

I undersøkelsen hvor 80 pasienter som hadde hatt kreft i lengre tid deltok, svarte 33 prosent at de hadde benyttet alternativmedisinsk behandling.

I en undersøkelse fra 1992 av 51 pasienter ved onkologisk sengepost ved Ullevål Sykehus, oppgav 44 prosent at de benyttet alternativmedisinsk behandling i tillegg til skolemedisinsk behandling. Bruken økte ved dårlig prognose.

Ved Haukeland sykehus ble 57 foreldre til 31 kreftsyke barn intervjuet (1992/93). Av barna som var under førstegangs aktiv behandling eller tilbakefall av sykdommen, benyttet vel en tredjedel (36 prosent) alternativmedisinsk behandling. Av barna som døde av kreft, hadde nesten to tredjedeler (63 prosent) benyttet en eller annen form for alternativmedisinsk behandling.

I en spørreskjemaundersøkelse blant pasienter med revmatiske lidelser (1984), oppgav en tredjedel (32 prosent) at de benyttet andre undersøkelses- og behandlingsformer enn de som ble tilbudt av leger eller sykehus. Dertil kommer 7 prosent som benyttet seg av slike tilbud i perioden ved innleggelsen.

7.2.1.2 *Mange kan tenke seg å gå til en alternativmedisinsk behandler*

Tall fra en undersøkelse i 1977 viser at nesten to tredjedeler av befolkningen kan tenke seg å benytte alternativmedisinske behandlere hvis de er dødelig syke eller har en sykdom der behandlingen legen har gitt har mislykkes. En tredjedel kan tenke seg det hvis de er alvorlig syke, og 12 prosent ved det vi kan kalle «vanlig sykdom». Kvinner bruker alternativmedisinske behandlingsmetoder oftere enn menn (37 mot 29 prosent), og andelen kvinner er også høyere for de som kan tenke seg å benytte slik behandling. Eksempelvis svarte 67 prosent av kvinnene bekreftende ved «dødelig sykdom» mot 58 prosent av mennene.

I Aarbakke-undersøkelsen svarte 1 000 personer på spørsmål om når de ville gå til alternativmedisinsk behandler. Svarene viser at over to tredjedeler (69 prosent) ville gå om «legen ikke hadde lyktes». En fjerdedel ville gå om de ble «dødelig syk» og like mange ved «alvorlig syk» (henholdsvis 26 og 25 prosent). Ved «vanlig sykdom» svarte 22 prosent at de ville gå til en alternativmedisinsk behandler for å få hjelp. Blant ungdom under 30 år kunne tre fjerdedeler (73 prosent) tenke seg å gå om «legen ikke hadde lyktes» og vel halvparten (54 prosent) av gruppen over 66 år. Ved «alvorlig syk» og «dødelig syk» kunne henholdsvis 31 og 30 prosent av de eldste tenke seg å søke hjelp hos alternativmedisinsk behandler. De som allerede har vært hos alternativmedisinsk behandler vil langt hyppigere gå enn de som ikke har vært der. Mindre enn en femtedel (18 prosent) svarte at de ikke ville gå til en alter-

nativ behandler: 19 prosent av mennene, 16 prosent av kvinnene, 14 prosent av de yngste under 30 år og 37 prosent av gruppen over 60 år kunne ikke tenke seg å gå til alternativmedisinsk behandler. I en undersøkelse som 5 medisinstudenter gjennomførte blant pasientene ved 3 helsesentre i landet, svarte 30 prosent at de hadde benyttet alternativmedisinske behandlere og 70 prosent kunne tenke seg å benytte dem.

I en annen undersøkelse gjennomført i 1989 ved et helsesenter i Oslo, fortalte 51 prosent av pasientene (av et utvalg på 114 pasienter) at de hadde konsultert alternativmedisinske behandlere selv, og nesten like mange (45 prosent) fortalte om slik kontakt blant den nærmeste familie. 86 prosent ga uttrykk for en positiv holdning til alternativmedisinske behandlere.

7.2.1.3 Tiltro til leger og til alternativmedisinske behandlere

Folk som går til alternativmedisinsk behandling har større tiltro til alternativmedisinske behandlere (43 prosent) sammenlignet med hele befolkningen (19 prosent). Tiltroen viser seg å være økende. Dette kommer frem når data fra 1994 og 1997 sammenlignes. Helsepersonell skiller seg ikke ut med hensyn til tiltro til alternativmedisinske behandlere. Det er en svak tendens i retning av at tiltroen øker jo høyere utdanning en har. Det er liten forskjell på tiltroen til de alternativmedisinske behandlere i de ulike fylkene. Eldre mennesker har gjennomgående mindre tiltro til alternativmedisinsk behandling sammenlignet med yngre, og menn mindre enn kvinner.

Tiltro til leger er høyere (60 prosent med stor tiltro) enn tiltroen til alternativmedisinske behandlere (28 prosent med stor tiltro). Denne forskjellen ser ut til å ha minket. Dette kommer frem når utvalget sammenligner data fra 1994 og 1997. Tiltroen til leger er høyest i den eldste delen av befolkningen, og den er høyere blant de som ikke har benyttet alternative behandlere enn blant de som har benyttet slik behandler.

7.2.2 Hvem går til alternativmedisinske behandlere?

7.2.2.1 Flere kvinner enn menn benytter alternativmedisinske behandlere

Kvinner benytter seg oftere av alternativmedisinske behandlere enn menn. Kvinner benytter seg også av det offentlige helsevesen oftere enn menn gjør, men forskjellen er avtagende.

I Aarbakke-undersøkelsen oppgir 35 prosent kvinner og 33 prosent menn at de har benyttet alternativmedisinsk behandler siste år. Sammenlignet med undersøkelsen fra 1994 og med andre undersøkelser, kan disse tallene med alle forbehold tyde på at menns bruk av alternativmedisinske utøvere er stigende. Uten sammenligning for øvrig, kommer det samme frem ved at menn i økende grad kontakter radioprogrammet på P2 «Kjerringråd, lytternes egne råd mot store og små plager».

7.2.2.2 Bruken økt mest i de eldste aldersgruppene

Det er en økning fra 1994 til 1997 i antall personer som noen gang har oppsøkt alternativmedisinske utøvere (fra 27 til 33 prosent). Denne økingen er størst i aldersgruppene fra 45 år og eldre.

Forbruket av alternativmedisinsk behandling, målt ved «besøkt alternativ behandler siste år», er likt for hele den voksne befolkning (ni prosent). Til sammenligning er antall legebesøk, målt ved om en siste år har «besøkt allmennpraktiserende lege, kommunelege, legevakt eller bedriftslege» økende med økende alder.

7.2.2.3 *Skilte benytter alternative behandlere mest*

Helseundersøkelsen 1995 viser at blant folk som er skilt er det flere som har benyttet alternativmedisinsk behandler siste år, sammenlignet med resten av befolkningen.

7.2.2.4 *Forskjellene i bruk mellom by og land er visket ut*

I Aarbakke-undersøkelsen kommer det frem at det i dag ikke er forskjell mellom by og land om folk har besøkt alternativmedisinsk behandler eller ikke (33 prosent). Tilsvarende tall for 1994 viser at flere i byene (32 prosent) enn i landdistriktene (22 prosent) hadde benyttet alternativmedisinske behandlere.

Forskjellene mellom fylkene er små når vi ser på om folk noen gang har besøkt alternativmedisinsk behandler eller ikke. Andelen som har besøkt alternativmedisinsk behandler er størst i Oslo, Hedmark og Oppland (39 prosent). Ved sammenligninger av landsdeler, er andelen som har besøkt alternativmedisinsk behandler noen gang størst på Østlandet og Sørlandet (34 prosent), deretter kommer Trøndelag og Nord-Norge (31 prosent), og færrest på Vestlandet (28 prosent).

Andelen som har benyttet alternativmedisinsk behandler siste år er høyest i Trøndelag (44 prosent). Deretter følger Vestlandet (37 prosent). Andelen er lavest på Østlandet og Sørlandet (30 prosent) og i Nord-Norge (29 prosent).

I en studie fra 1997 blant kreftsyke som behandles i sykehus, har flest pasienter fra Nord-Norge og Vestlandet brukt alternativmedisinsk medisin (31 og 27 prosent), mens andelen for Østlandet og Sørlandet er noe lavere (18-22 prosent) og lavest for Trøndelag (13 prosent).

7.2.2.5 *Ulik utdanning, ulik bruk*

Andel som har brukt alternativmedisinsk behandling har steget i alle utdanningsgrupper, dog minst i de gruppene med høyest utdanning. Dette kommer frem ved å sammenligne A-pressens og Aarbakkes undersøkelser gjennomført i henholdsvis 1994 og 1997. I Aarbakke-undersøkelsen oppgir flere i gruppen med høyeste utdanning (33 prosent) at de en eller annen gang har benyttet alternativmedisinsk behandler, mens andelen i gruppen med lavest utdanning som oppgir det samme er noe lavere (28 prosent).

I Helseundersøkelsen 1995 oppgir 10 prosent i utdanningsgruppen «universitet og høyskolenivå I + II» at de har benyttet alternativmedisinsk behandler siste år, 8 prosent i utdanningsgruppene «ungdomsskolenivået» og «videregående nivå», mens 5 prosent i utdanningsgruppen «universitets/høyskolenivå III og forsker» oppgir det samme.

Samme undersøkelse viser at den høyeste andel som har vært hos lege og ikke hos alternativ behandler siste år er i utdanningsgruppen «ungdomsskolenivå».

7.2.2.6 *Små variasjoner mellom yrkesgrupper*

Det er små variasjoner mellom yrkesgrupper om de bruker alternativmedisinsk behandler. Helseundersøkelsen 1995 viser at sysselsatte i «teknisk vitenskapelige stillinger», «administrasjon og forvaltning» og «kontor og handel» benytter alternativmedisinske behandlere oftere (overkant av 9 prosent) enn sysselsatte i «jordbruk, skogbruk og fiske», «transport, kommunikasjon» og «industri, bygg, anlegg» (5-7 prosent). Tilsvarende små forskjeller finner vi også i forhold til bruk av lege.

7.2.2.7 Liten sammenheng mellom inntekt og bruk

Undersøkelse både fra 1994 og 1997 viser at det er små forskjeller i inntekt mellom dem som har benyttet alternativmedisinsk behandler noen gang og de som ikke har gjort det. I A-pressens undersøkelse fra 1994 oppgav de med lavest inntekt færrest besøk, i 1997 var det ubetydelige forskjeller.

7.2.2.8 Brukerne har vært syke lenge

Halvparten av de som har vært hos alternativmedisinske behandlere har hatt sykdommen i fem år eller mer viser Helseundersøkelsen fra 1995, og det er flest i aldersgruppen 45-66 år (62 prosent), så følger de eldste (80 år og eldre med 53 prosent). Blant de unge (7-15 år) har 26 prosent av de som har vært hos alternativmedisinsk utøver vært syke så lenge.

7.2.2.9 Alvorlig syke skiller seg noe fra den øvrige befolkningen

Som vi har sett oppsøker en stor andel av alvorlig syke, ikke minst personer med kreft, alternativmedisinske behandlere. En nasjonal studie fra 1992 viser at dette gjelder like mange kvinnelige som mannlige kreftpasienter, mens man i en studie med stort tallmateriale fra Nord-Norge fra 1997 finner at det er en overvekt av kvinnelige kreftpasienter som oppsøker alternativmedisinske utøvere. Bakgrunnen for denne forskjellen er kanskje den store bruken av healing og helbredelse ved bønn som er vanlig i Nord-Norge.

En studie fra 1997 av kreftpasienter som behandles ved sykehus, viser at pasienter over 75 år meget sjelden bruker alternativ behandling. En overvekt av unge hadde oppsøkt healere. Helbredelse ved bønn og healing ble brukt i 70 prosent av tilfellene i Nord- og Vest-Norge. I sentrale strøk i Sør-Norge og Vest-Norge ble det i over 60 prosent av tilfellene benyttet homøopati, kostbehandling og injeksjonsterapier. Ser en landet under ett finner en i disse undersøkelsene, i motsetning til andre, ingen sikker forskjell mellom kvinner og menn i antall som benyttet alternativ behandling. Videre viser undersøkelsen at pasienter med høyest utdanning oftest brukte alternative behandlere. Halvparten av brukerne brukte mer enn én alternativ behandlingsform.

39 prosent av pasienter med revmatiske lidelser hadde benyttet alternativ behandling. Av disse var det nær dobbelt så mange kvinner som menn, og en viss overvekt av noe eldre kvinner, viser en undersøkelse fra 1984.

7.2.3 Hvilke helseproblemer oppsøkes alternativmedisinske behandlere for?

7.2.3.1 Hva søker folk hjelp for hos alternative behandlere?

Flest har søkt alternativmedisinsk hjelp for rygg og nakkeproblemer. Dette gjelder begge kjønn, særlig menn. Kvinner søker også ofte hjelp for hodepine, migrene og revmatiske smerter, samt fordøyelse og magebesvær, mens menn noe oftere søker hjelp for betennelse og infeksjon, viser Aarbakke-undersøkelsen fra 1997 (jf. tabell 7.2).

Tabell 7.2: Hvilken sykdom eller lidelse gikk du til behandling for (Aarbakke-undersøkelsen 1997). Tallene er angitt i prosent.

	Alle	Kvinne	Mann
--	------	--------	------

Tabell 7.2: Hvilken sykdom eller lidelse gikk du til behandling for (Aarbakke-undersøkelsen 1997). Tallene er angitt i prosent.

Ryggsmerter (isjias)	34	26	46
Nakkeproblemer	15	16	13
Hodepine, migrene	7	10	2
Revmatiske smerter, leddgikt	5	7	2
Utslett, eksem	5	4	5
Betennelse, infeksjon	4	3	6
Ingen spesifikk lidelse	4	4	2
Nedsatt allmenntilstand	4	5	2
Astma	3	3	2
Allergi	3	4	2
Fordøyelse, mavebesvær	3	3	2
Nerver, depresjoner	2	2	2
Bihulebetennelse	2	2	1
Gikt, artrose	1	1	0
Andre lidelser	30	33	27
	n=330	n=191	n=138

Noen oppsøker alternativmedisinsk behandling for problem med et ledd, blodomløpet eller høyt blodtrykk, noen færre med psykiske lidelser, muskelsmerter og underlivs- eller urinveisproblemer. Ellers viser undersøkelsen at det oppsøkes alternativmedisinsk hjelp for svært ulike lidelser og problemer.

7.2.3.2 Alvorlig syke søker alternativ behandler tidlig

Pasienter som har fått diagnosen kreft går til alternativ behandler tidlig i sykdomsforløpet, viser flere undersøkelser. En undersøkelse fra 1992 ved en kreftavdeling, viser at av de som hadde brukt alternativ behandling i tillegg til medisinsk behandling, hadde tre fjerdedeler startet med det innen tre måneder etter at de fikk diagnosen, og at bruken økte ved dårlig prognose; mens en tilsvarende undersøkelse fra 1993 viser at 36 prosent av kreftpasientene hadde brukt eller brukte alternativmedisinsk behandling fire måneder etter at kreft var konstatert.

En undersøkelse blant kreftsyke barn fra 1993, viser at nær halvparten hadde fått alternativmedisinsk behandling i løpet av det første året etter at diagnosen var satt, og at andelen økte når utsiktene for barnet var dårlige.

6 prosent av pasienter med leddgikt og Bechterews sykdom hadde oppsøkt alternativmedisinsk behandling før de gikk til lege med sykdommen, i følge en undersøkelse fra 1984. I tiden mellom første legebesøk og første innleggelse i revmatismesykehus var prosenten 40, og steg til 54 etter første innleggelse. Jo alvorligere sykdommen er, dess tidligere oppsøkes gjerne alternativmedisinsk behandler.

7.2.3.3 De fleste har kroniske lidelser og mange har flere syketilfeller samtidig

Tre fjerdedeler av de som hadde fått «folkemedisinsk behandling» oppgir at plagene de ble behandlet for vesentlig var av kronisk karakter, viser en undersøkelse fra 1977. «Folkemedisinsk behandling» var i denne undersøkelsen urtemedisiner, homøopati, helbredelse ved spesielle evner/krefter, samt helbredelse ved religiøs handling.

De som hadde benyttet alternativmedisinske behandlere ble spurt i Aarbakkeundersøkelsen om de kunne karakterisere plagene de gikk til behandling for som kroniske eller akutte. 68 prosent av de som har oppsøkt alternativmedisinske behandlere karakteriserer sine plager som kroniske. Tilsvarende viser Helseundersøkelsen at 84 prosent av de som hadde besøkt alternativmedisinsk behandler, karakteriserte sine plager som kroniske, og halvparten hadde hatt sine plager i fem år eller mer.

Helseundersøkelsen fra 1995 viser videre at 37 prosent av de som har oppsøkt alternativmedisinske behandlere lider av to eller flere sykdommer.

Migrene er en kronisk lidelse. 86 prosent av medlemmene i Norges Migreneforbund hadde benyttet alternativmedisinsk behandling (1997).

7.2.3.4 *Hvordan vil du karakterisere din egen helsetilstand*

87 prosent oppgir at helsetilstanden er god, 31 prosent av de som har oppgitt at de har brukt alternativmedisinsk behandling, karakteriserer sin helse som «svært god», og 18 prosent oppgir at helsen er «mindre god» eller «dårlig». I gruppen som oppgir at helsen er mindre god eller dårlig er det relativt flere som har brukt alternativmedisinsk behandler (18 prosent har benyttet mot 11 prosent som ikke har benyttet). Dette viser Aarbakke-undersøkelsen.

Jo dårligere en vurderer sin helse, jo flere har vært hos alternativmedisinsk utøver.

De som oppgir å ha vært hos lege men ikke hos alternativmedisinsk behandler, har vurdert sin helse mellom dem som benytter alternativmedisinsk utøver og dem som ikke gjør det. Mens av de som verken har vært hos alternativmedisinsk behandler eller hos lege, oppgir 87 prosent å ha meget god eller god helse.

Helseundersøkelsen 1995 viser at av de som har vært hos alternativmedisinsk behandler siste år, er det 84 prosent som sier de har vært syke siste 14 dager. Dette er tilfelle for 62 prosent av de som ikke har vært hos alternativmedisinsk behandler. (Variabelen «syk» omfatter alle typer syketilfeller uansett varighet, målet omfatter også eventuelle plager; for eksempel forkjølelser man hadde i ukene før intervjuet).

7.2.4 Resultatet av behandlingen

Ved sammenligning av fornøydhets hos lege og alternativmedisinsk behandler, er utvalget klar over at de plagene som fører til konsultasjon ikke nødvendigvis er sammenlignbare hos de to gruppene.

To tredjedeler av de som gikk til alternativmedisinsk behandler i 1997 svarer at de ble helt friske eller bedre, viser Aarbakke-undersøkelsen, jf. tabell 7.3. En tredjedel svarte at de verken ble bedre eller dårligere. En prosent svarte at de ble dårligere og en prosent at de var blitt henvist til annen hjelp. Det er flere kvinner (70 prosent) enn menn (64 prosent) som ble helt friske eller bedre.

Tabell 7.3: *Hvordan opplevde pasientene selv utbyttet av den behandlingen de fikk? Kilde: Aarbakke-undersøkelsen 1997. Tallene angitt i prosent.*

	Alle	Kvinner	Menn
Ble helt frisk	24	23	25
Ble bedre	44	47	39
Ble verken bedre eller dårligere	30	28	33
Ble dårligere	1	0	2

Tabell 7.3: *Hvordan opplevde pasientene selv utbyttet av den behandlingen de fikk? Kilde: Aarbakke-undersøkelsen 1997. Tallene angitt i prosent.*

Ble henvist til annen hjelp	1	1	1
	n=330	n=191	n=138

Fordelt på alder viser samme undersøkelse at 75 prosent av de unge under 30 år ble helt friske (29 prosent) eller bedre (46 prosent). Av de eldste ble 56 prosent helt friske (16 prosent) eller bedre (40 prosent).

Undersøkelsen viser også at 25 prosent av de som arbeider i helsevesenet har gått til alternativmedisinsk behandler. Av disse 25 prosentene har tre fjerdedeler blitt helt friske eller bedre, de øvrige ble verken bedre eller dårligere.

79 prosent av de selvstendig næringsdrivende som benyttet alternativ medisin ble friske eller bedre, og 63 prosent av de som ikke hadde oppgitt yrke, viser Helseundersøkelsene gjennomført i 1985 og 1995. I en undersøkelse gjennomført i 1991, går det frem at mange selvstendig næringsdrivende oppgir at de ikke har råd til å være syke, og at de derfor hurtig søker alternativmedisinsk behandler når sykdom rammer.

En tredjedel av kreftpasientene som ble intervjuet i en undersøkelse fra 1992, mente at alternativmedisinsk behandling hadde bedret allmenntilstanden deres, mens 32 prosent av pasientene ikke kunne peke på noen sikker effekt av denne behandlingen. Syv prosent mente med sikkerhet at behandlingen ikke hadde hatt noen effekt. Pasientene ble også spurt om de syntes de hadde fått den best mulige behandling på sykehus; 37,5 prosent av brukerne av alternativmedisinsk behandling og 70 prosent av ikkebrukerne syntes det.

I en annen undersøkelse, også fra 1992, blant personer med kreft, er økt velbefinnende og økt livskvalitet de viktigste effektene av alternativmedisinsk behandling i tillegg til bedring av sykdommen. I undersøkelsen ble pasientene bedt om å evaluere effekten av den alternativmedisinske behandlingen. Svært få besvarte dette spørsmålet, men ingen svarte at de hittil var blitt verre. Bedringen ble beskrevet som for eksempel «jeg har sluttet og svette om natten», «håret har begynt å vokse igjen under cellegiftbehandlingen», «når jeg kommer fra healeren, går jeg ikke, men hopper og danser», «jeg føler meg sterkere» og «jeg har mindre smerter».

I en undersøkelse fra 1984 ble personer med revmatiske lidelser, som hadde benyttet alternativmedisinsk behandling, bedt om å vurdere effekten av denne behandlingen. De fleste svarte «ingen forandring» (20 prosent) eller «midlertidig bedring» (56 prosent). Noen oppgav at de ble «helbredet» eller hadde «varig bedring» (til sammen 16 prosent). Fem prosent oppgav «forverring».

7.2.4.1 Frisk etter legebesøk?

Pasienter som har oppsøkt leger i allmennhelsetjenesten ble spurt (1987) om hvordan det gikk etter legebesøket. 50 prosent svarte «ble bra», 38 prosent «ble bedre, men plagene er der fortsatt» og 12 prosent svarte «ingen bedring». Under en prosent svarte at de «ble verre».

I en undersøkelse fra 1991 ble det spurt: «Ble du bedre etter legens råd?» 37 prosent svarte at de var blitt bra eller bedre, 42 prosent svarer at de verken har blitt verre eller bedre og 21 prosent svarte at de ble verre etter behandlingen.

Av et utvalg pasienter som har vært til behandling på sykehus, ble etter legenes mening 14 prosent «helt bra», 42 prosent «ble bedre» og 32 prosent «ingen bedring» (1983).

Resultatene fra disse undersøkelsene er stort sett i overensstemmelse med det som i litteraturen er blitt kalt «the 80 percent rule»; det vil si observasjoner fra ulike

typer spørreundersøkelser av pasienter som viser overraskende konsistent at vel tre fjerdedeler stort sett er fornøyd med den behandlingen de får, uavhengig av hvilken sammenheng undersøkelsen er foretatt i.

7.2.4.2 *Hva vil du gjøre om du blir syk?*

Nesten samtlige (91 prosent) hadde gått til en eller flere leger før de gikk til alternativmedisinsk behandler, viser undersøkelsen fra 1991. I 1997 viser Aarbakkeundersøkelsen at 74 prosent gikk til lege først, 69 prosent av mennene og 78 prosent av kvinnene. En undersøkelse fra 1991 viser at 41 prosent av informantene som har vært hos alternativmedisinsk behandler, svarer at de ville gå til lege om de ble syke, og 26 prosent svarer at de ville gå til alternativmedisinsk behandler. Ble de syke av det samme som de hadde vært hos alternativmedisinsk behandler med tidligere, var det 6 prosent som ville gå til lege og 82 prosent som ville gå til alternativmedisinsk behandler igjen.

I Aarbakkeundersøkelsen ble de som ikke hadde vært hos lege etter at de hadde vært hos alternativmedisinsk behandler spurt: «Kan du tenke deg å gå til en alternativmedisinsk behandler neste gang du blir syk?» 83 prosent svarte bekreftende (33 prosent svarte «Ja, uansett» og 50 prosent svarte «Ja, men avhengig av sykdom»).

I samme undersøkelsen svarte 66 prosent av de som ikke hadde vært hos alternativmedisinsk behandler noen gang at de kunne tenke seg å gjøre det. Sekstifem prosent kunne tenke seg å gå til alternativmedisinsk behandler «når legene ikke hadde lykket», 24 prosent kunne tenke seg å gå dersom de er «dødelig syk» og 15 prosent kunne tenke seg å gå dersom de er «vanlig syk».

7.2.4.3 *Hva brukes homøopatisk medisin for?*

I Helseundersøkelsen 1995 svarte 12 prosent av de som har vært hos alternativmedisinsk behandler siste år at de hadde tatt homøopatmedisin siste 14 dager. Blant de som ikke hadde vært hos alternativmedisinsk utøver, var det 0,3 prosent som hadde tatt homøopatmedisin, og blant dem som verken hadde vært hos alternativmedisinsk utøver, kiropraktor eller lege var prosenten 0,19.

Undersøkelsen viser videre at homøopatisk medisin brukes «for å bli kvitt sykdom og plager» (53 prosent), «for å dempe smerter» (13 prosent) og «for å forbedre allmenntilstanden» (34 prosent). Dette gjelder for de som har vært hos alternativmedisinsk utøver. For de som har vært hos lege er fordelingen av begrunnelsen for bruk av homøopatisk medisin annerledes. De fleste bruker homøopatisk medisin «for å forbedre allmenntilstanden» (58 prosent). Blant de som ikke har vært hos noen for hjelp bruker 67 prosent homøopatisk medisin «for å bedre allmenntilstanden».

7.2.4.4 *Kommer de for sent til lege?*

Det kan hevdes at folk som benytter alternativmedisinske terapier kan komme for sent til lege for å få skolemedisinsk behandling. Det kan det hende at noen gjør. Men på den annen side, som vi har sett i det foregående, har langt de fleste som søker til alternativmedisinske behandlere vært hos lege eller flere leger først med sine plager. De har i større grad enn befolkningen for øvrig kontakt med en fast lege eller et legesenter som de også benytter hyppigere enn de pasientene som ikke benytter alternativmedisinske behandlere. Undersøkelsen fra 1995 viser videre at halvparten av de som hadde oppsøkt alternativmedisinsk behandler de siste 14 dager også hadde vært hos lege i denne tiden. I løpet av de siste seks måneder hadde 83 prosent vært i kon-

takt med lege og 95 prosent i løpet av det siste året. Av de som ikke hadde vært hos lege eller alternativmedisinsk behandler i 14-dagers perioden, men vært syke, var det bare 84 prosent som hadde tatt kontakt med lege det siste året. I en undersøkelse fra 1985 går det frem at tre fjerdedeler av de som hadde brukt alternativmedisin, også hadde vært i kontakt med lege det siste året.

7.2.5 Hvorfor benyttes alternativmedisinske behandlere?

7.2.5.1 Grunner for å gå til alternativmedisinsk behandler

Nesten halvparten oppgir grunnen for å gå til alternativmedisinsk behandler at de ser på alternativmedisinsk behandling som et nyttig supplement til legebesøk og til vanlig medisin, som vist i tabell 7.4. Flere kvinner enn menn svarer dette. Langt færre går til alternativmedisinsk behandler for å få «en annen fagpersons vurdering». Nesten like mange går fordi de føler at legen hadde gitt dem opp. Færre svarer at de ikke lenger trodde på legen. At de generelt hadde større tiltro til alternativmedisinsk behandling oppgav rundt en tiendedel.

Tabell 7.4: *Hvorfor gikk du til alternativmedisinsk behandler? (Aarbakke-undersøkelsen 1997) Tallene angis i prosent*

	Alle	Kvinne	Mann
Anså alternativmedisinsk behandling/-er som et nyttig supplement	44	49	39
Ville ha en annen fagpersons vurdering	12	10	15
Følte legen hadde gitt deg opp	12	10	15
Trodde ikke lenger på legen	7	6	8
Hadde generelt større tiltro til alternativmedisinsk behandling/-er	11	12	10
Andre grunner	38	35	42
	n=360	n=191	n=138

Foreldre med kreftrammede barn ble i en undersøkelse i 1992 spurt om hva som var den viktigste grunnen til at de søkte alternativmedisinsk behandling. For foreldre til de barna som døde har særlig tanken på å ikke gi opp når det gikk dårlig vært dominerende, mens de som hadde barn som ikke var så dårlige, prøvde alternativmedisinsk behandling for å unngå skyldfølelse. Undersøkelsen viser at i begge grupper er «Det å gjøre noe» i seg selv en motiverende faktor. Ingen av gruppene krysser av for at de føler seg presset.

Halvparten av pasientene oppgav i en undersøkelse i 1992 at de brukte alternativmedisinsk behandling fordi de trodde det kunne ha en positiv innflytelse på kreftsykdommen brukt sammen med skolemedisinsk behandling.

De som brukte alternativmedisinsk behandling trodde mer på at forandring i livsstil kunne influere positivt på kreftsykdommen, viser en undersøkelse fra 1995. Pasienter som ikke hadde kreft hadde mer tro på alternativmedisinsk behandlings positive virkning på kreft, enn de som selv hadde kreft.

7.2.5.2 Hvordan kom de i kontakt med alternativmedisinsk behandler?

Mange undersøkelser viser at familie og venner er de viktigste informasjonskilder til alternativmedisinsk behandling. A-pressens undersøkelse fra 1994 viser at ven-

ner som informasjonskilde øker med alderen, med en svak tilbakegang for dem over 60 år. For den eldste og den yngste aldersgruppen er den viktigste informasjonskilden medier og annonser. Familien er avtagende som informasjonskilde med økende alder.

Noen får også informasjon om alternativ medisin gjennom skolemedisinske utøvere. En undersøkelse fra 1992 viser at foreldre med alvorlig kreftsyke barn har fått denne type informasjon fra leger (8 prosent), sykepleiere (12 prosent) og fra annet helsepersonell (4 prosent).

7.2.5.3 *Legene gir sjelden informasjon om alternativmedisinsk behandling?*

Flere undersøkelser har vist at legene sjelden gir informasjon om alternativ medisin til sine pasienter. Samtidig pekes det på at hos mange av pasientene, og ikke minst ved kreftsykdom hos barn, er det et ønske om å få mer viten og rettledning om alternativmedisinske behandlingsformer. På den andre siden er det mange pasienter som ikke tør å fortelle til legen at de oppsøker alternativmedisinsk behandling. Pasientene forteller at de blir irettesatt, avvist og latterliggjort når de informerer legen om sine besøk hos alternativmedisinske behandlere. Dette kan medføre at pasienten opplever situasjonen som svært frustrerende. Meget få i helsevesenet gir pasienter informasjon om muligheter innen alternativmedisinsk behandling. Dette kommer frem i undersøkelser og i litteratur om alternativmedisin. Imidlertid kan det se ut som om det er en utvikling i retning av at dette temaet oftere tas opp av pasientene i dag sammenlignet med for noen år siden. I en undersøkelse fra 1997 går det frem at tre fjerdedeler av de som hadde vært hos alternativmedisinsk behandler fortalte om dette når de senere skulle til legen. Denne informasjonen gis til legen av både kvinnelige og mannlige pasienter, og oftest av pasientgruppen mellom 45 og 55 år.

7.2.6 **Frastøting fra skolemedisinen**

En rekke undersøkelser har vist at pasienters opplevelser av skolemedisinen kan få dem til å søke alternativmedisinske utøvere. I en undersøkelse fra 1991 blir det drøftet forskjellige grunner til at pasientene har følt seg frastøtt fra skolemedisinen. Det er særlig to hovedgrunner som det legges vekt på. Det ene er utilstrekkelighet i skolemedisinens *resultater* i forhold til de store forventningene som er skapt. Det andre gjelder utilstrekkelighet i skolemedisinens *form*. Vi vil her bare gjengi dem i meget korte setninger:

- Når legen ikke kan hjelpe pasienten med en livstruende sykdom oppstår det lett en sterk skuffelsesreaksjon
- Pasienten blir ikke helbredet hos legen for kronisk lidelse eller sykdom, men blir fortalt at dette må du lære deg å leve med
- Legen har ikke funnet noe. Pasienten føler lettelse når den alternativmedisinske utøveren forteller hva som feiler dem, selv om diagnosen kan være alvorlig nok. Når pasienten blir uførepensjonert og for eksempel skal gå på smertestillende medisiner, føler mange det som om ingen interesserer seg for dem. Mange mente at når legene ikke kunne hjelpe, kunne de i noen tilfeller anbefale en alternativmedisinsk behandler
- Uheldige hendelser med det offentlige helsesystem kan i enkelte tilfeller virke så skremmende på pasienter at de holder seg til alternativmedisinske behandlere
- Pasienten avskrekkes av å skulle fortsette å gå på medisiner i årevis for å fungere
- Pasienter som har fått diagnosen «psykosomatisk syk» kan ofte tro at legen mener de simulerer. De føler seg alene med sine smerter og med sin uro for hva

- det kan være de feiler
- Noen meget få føler seg «tråkket på» av legen.

En undersøkelse fra 1997 viser at ved cirka 4 000 konsultasjoner kunne ikke legene stille diagnose på 43 prosent av pasientene.

Det er flere kvinner enn menn som mener at skolemedisinske medisiner kan være skadelige og ha bivirkninger. Det er også karakteristisk at kvinner er overrepresentert når det gjelder å føle seg «tråkket på» av leger. Det er selvfølgelig en mulighet for at kvinner i større grad enn menn har problemer med sykerollen slik andre, særlig leger, definerer denne. Men det er også mulig at leger behandler kvinner og menn med like symptom og sykdommer forskjellig. Dette er forhold som er drøftet i en rekke publikasjoner.

7.2.7 Tiltrekning til den alternativmedisinske behandling

Grunner til at pasienter føler seg tiltrukket av alternativmedisinsk behandling er fremhevet av mange forfattere i Norge så vel som i andre land. I undersøkelsen fra 1991 blir også disse grunnene diskutert. Utvalget vil her gjenta dem meget sterkt komprimert, og sitater fra pasienter så vel som forfattere er utelatt:

- Pasienten har fått hjelp hos en alternativmedisinsk utøver tidligere.
- Pasienten har hørt om andre som er blitt hjulpet.
- Måten de alternativmedisinske utøverne møter og samhandler med pasienten på:
 - Utøveren tar seg god tid.
 - Konsultasjonen er en dialog mellom pasient og utøver.
 - Pasienten blir tatt på alvor. Utøveren trekker ikke i tvil det pasienten sier.
 - Utøveren prøver å finne årsaken til sykdommen eller lidelsen, prøver ikke bare å kurere den.
 - Pasientene blir sett på som hele mennesker. Pasientens forskjellige plager og sykdommer blir om mulig sett på som en helhet.
 - Et bredt spekter av pasientbehov blir ivaretatt. Sykdommen blir satt inn i et sosialt perspektiv.
- Dette er noe pasienten velger selv i større grad enn ved besøk hos lege. En velger selv hvilken terapi en søker og derved øker også delaktigheten lettere; pasienter blir ansvarliggjort.

For mange av pasientene som har vært hos alternativmedisinske utøvere, virker det ofte som om disse fungerer mer som den gamle huslegen. De ser sine pasienter over tid og lærer å kjenne dem både som pasienter og mennesker, i alle «rollene» pasienten innehar. Pasienten går til den alternativmedisinske utøveren med alle sine plager, og overlater til denne å bedømme om de også bør oppsøke en vanlig lege.

7.2.8 Hvilke alternativmedisinske behandlere er mest benyttet?

7.2.8.1 Hva slags alternativmedisinsk behandler har de gått til?

Av de som benytter alternativmedisinske utøvere går flest til homøopat. Dette viser både A-pressens undersøkelse fra 1994 hvor 33 prosent har benyttet homøopat, og i Aarbakke-undersøkelsen i 1997 hvor andelen er 37 prosent. Færre benytter naturmedisiner (dette må ses i sammenheng med at naturmedisiner ofte ble sett på som en samlebetegnelse og ikke en egen utøvergruppe). Det er også en relativ nedgang

i antall personer som oppsøker soneterapeut (fra 29 i 1994 til 22 prosent i 1997) og akupunktør (fra 35 til 31 prosent).

Det er små aldersvariasjoner og kjønnsforskjeller når det gjelder behandlingsform som benyttes. Noen flere kvinner benytter homøopat og akupunktør. I Helseundersøkelsen 1995 oppgav flest at de siste år hadde benyttet akupunktør. Noen færre hadde benyttet homøopat og fotsoneterapeut.

7.2.8.2 *De som ikke har vært hos alternativmedisinsk behandler, hvem ville de gå til?*

Av de som ikke hadde vært hos alternativmedisinsk behandler, viser Aarbakkeundersøkelsen at to tredjedeler kunne tenke seg å gjøre det. I tilfelle ville de fleste da gå til akupunktør og homøopat. Noen færre kunne tenke seg å benytte naturmedisin og soneterapeut, og av de alternativene som var satt opp, kunne færrest tenke seg å bruke kinesiolog og healer/håndspålegger.

7.2.9 **Hva koster det å benytte alternativmedisinsk behandling?**

7.2.9.1 *Konsultasjon og utgifter for enkeltbrukere*

Konsultasjonspris/timepris hos alternativmedisinske utøvere reguleres ikke av offentlige tariffer. Flere av foreningene gir anbefalinger om hvilke priser som bør benyttes. Informasjon som utvalget har fått, viser at prisene er varierende. Det er vanlig at den enkelte utøver har fastsatt en pris for de terapiene som tilbys.

Prisene varierer etter type behandling. Mens noen behandlinger kan gis som enkeltkonsultasjoner, varer annen behandling over et tidsrom hvor kost og losji ved behandlingsstedet er inkludert. Eksempel på det siste kan være en ukes opphold ved et helsesenter for å gjennomgå en bestemt kur.

Eksempler på priser hos alternativmedisinske utøvere:

Norsk forening for klassisk akupunktur har veiledende priser for sine medlemmer: 300-350 kroner for 1. gangs behandling, 200-250 kroner for oppfølgende behandling.

Større klinikker i Oslo for behandling med klassisk akupunktur: 350-500 kroner for 1. gangs behandling, 250-300 kroner for 2. gangs/oppfølgende behandling.

Norske Homeopaters Landsforbund opplyser at de har påbud fra myndighetene til ikke å ha faste priser, men oppgir at det mest vanlige blant medlemmer er: 400-600 kroner for 1. gangs behandling, 300-400 kroner for 2. gangs/oppfølgende behandling.

Større klinikker i Oslo for homøopatisk behandling: 500-680 kroner for 1. gangs behandling, 250 kroner for 2. gangs/oppfølgende behandling.

Større klinikker i Oslo for soneterapeutisk behandling: 450-500 kroner for 1. gangs behandling, 280-350 kroner for 2. gangs/oppfølgende behandling.

Den norske lægeforening opplyser at legetakster for akupunktur for 1998/99 er 540 kroner per behandling på dagtid, og 945 kroner på kveldstid.

I en undersøkelse fra 1995 ble det spurt om hvor mye de intervjuede har betalt for skolemedisinsk behandling og medisin utover eventuelt frikort siste år. Disse dataene viser at det er forskjell på dem som har vært hos alternativmedisinsk behandler og de som ikke har det. Over to femtedeler (43 prosent) i førstnevnte gruppe har brukt 1 000 kroner eller mer, mens det er 12 prosent blant dem som ikke har brukt alternativmedisinsk behandling siste år som har brukt så mye til annen medisin og behandling. Undersøkelsen skiller ikke på type behandling og medisin det gjelder.

I 1992 viste en undersøkelse vedrørende bruk av alternativmedisinsk behandling av kreftrammede barn at 25 prosent hadde i alt brukt opp til 250 kroner, 4 prosent mellom 500-1 000 kroner og 15 prosent over 1 000 kroner til alternativmedisinsk behandling. De som brukte over tusen kroner hadde alle barn med meget alvorlig kreft som endte med døden. I samme undersøkelse blir det pekt på at bruken av alternativmedisinske behandlere ikke så ut til å ha store økonomiske konsekvenser for familiene.

I en undersøkelse fra 1997, blant kreftpasienter, blir det konkludert med at gjennomsnittskostnadene ved bruk av alternativmedisinsk behandling er beskjedne. Vel halvparten av de som var med i undersøkelsen hadde brukt mindre enn 2 000 kroner, 15 prosent hadde brukt mellom 2 000 og 4 000 kroner, mens 30 prosent hadde hatt høyere utgifter. Av pasienter som hadde besøkt utenlandske klinikker hvor kost og losji var iberegnet, hadde sju pasienter hatt utgifter mellom 10 000 og 40 000 kroner. To pasienter hadde brukt mer enn 40 000 kroner. Hvorvidt pasientene oppfatter bruken av alternativ medisin som dyr, var ikke bare knyttet til prisen de betalte, men til hvilken situasjon de var i. Pasienter med langvarig sykdom, ofte med flere tilbakefall og mange innleggelser, oppfattet behandlingen som dyrere enn pasienter tidlig i sykdomsutviklingen.

I en undersøkelse fra 1992 blir det pekt på at noen få av pasientene har reist til utlandet og har hatt behandlings- og oppholdsutgifter fra 50 000 kroner til mange hundre tusen kroner.

I 1996 er det i flere undersøkelser gjort overslag som viser at det ble brukt mellom 200 og 300 millioner kroner til konsultasjon hos alternativmedisinske utøvere per år.

7.2.9.2 Omsetning av alternativmedisinske tjenester og midler

Det er ikke noe register som viser den samlede oversikten over hvor mye som brukes til alternativmedisinsk behandling. For å kunne få en viss oversikt, har utvalget brukt informasjon fra ulike undersøkelser. I tillegg har utvalget fått omsetningstall fra Norsk Medisinaldepot AS. Disse informasjonskildene viser bare deler av omsetningen. Imidlertid viser disse tallene at samlet omsetning innen alternativ medisin har de siste årene vært betydelig.

Fra 1983 til 1990 ble omsetningen av homøopatisk medisin nesten tredoblet. Norsk Medisinaldepot AS sitt innkjøp av homøopatisk medisin steg fra cirka 2 millioner kroner i 1983 til 5,8 millioner i 1990. I 1996 solgte Norsk Medisinaldepot AS homøopatiske midler til norske apotek for 10,6 millioner, i 1997 var dette solgt 12,6 millioner kroner og i 1998 til og med oktober har salget vært 9 millioner kroner. To andre grossister begynte salg fra sommeren 1997 av homøopatisk medisin til norske apotek. I 1997 var deres salg 2,2 millioner og til og med oktober 1998 har de solgt for 1,9 millioner kroner. Så den samlede sum fra de tre grossister var i 1997 14,8 millioner og til og med oktober 1998 10,9 millioner kroner. Returen av homøopatisk medisin fra apotekene sies å være ubetydelig.

I en artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening i 1997 ble omsetning av naturmedisinske produkter anslått å være rundt 700 millioner.

7.2.10 Holdninger til alternativmedisinske utøvere

De aller fleste alternativmedisinske behandlere arbeider i stor grad sammen med brukerne. De aktiviserer og ansvarliggjør dem. Tar dem med i avgjørelser. Brukere av alternativmedisinsk behandling får stort sett hjelp til å styrke og ivareta sin helse mer generelt, blant annet ved å styrke sitt immunforsvar.

I en undersøkelse fra 1997 ble pasienter med kreft spurt om de mente utøvere av alternativ medisin kunne ha viktige kunnskaper i kampen mot kreftsykdom. Som eksempel på slike utøvere var det i spørreskjemaet nevnt healere, homøopater, soneterapeuter, naturmedisinere eller andre. Av de som brukte alternativmedisinske utøvere trodde 67 prosent at utøverne hadde slik kunnskap. Av ikkebrukerne trodde 34 prosent dette.

På et generelt spørsmål om man synes pasientene burde få et tilbud om alternativmedisinsk behandling innenfor sykehusene, mente hele to tredjedeler av brukerne av alternativ medisin at et slikt tilbud burde gis. Blant pasientene som ikke brukte alternativ medisin var 38 prosent positive til at et slikt tilbud ble gitt pasientene.

7.2.10.1 Bør utgifter til alternativ medisin refunderes?

I undersøkelsen til A-pressen i 1994 og Aarbakke-undersøkelsen i 1997 ble det stilt spørsmål om refundering av behandling hos alternativmedisinsk utøver. Spørsmålene ble stilt noe ulikt: «Bør alternativmedisinsk behandling refunderes som vanlig legebehandling?» (1994) og «Bør Rikstrygdeverket etter ditt syn refundere en del av utgiftene til alternativmedisinsk behandling, eller bør man holde fast ved dagens ordning der utgifter til alternativmedisinsk behandling må betales i sin helhet av brukeren?» (1997)

Det er flere som mener at utgiftene skal refunderes av Rikstrygdeverket i 1997 (70 prosent) sammenlignet med 1994 (59 prosent). Det er også flest som mener dette blant dem som har brukt alternativmedisinsk behandling, mens økningen av de som mener at utgiftene skal refunderes er størst i den gruppen som ikke har benyttet alternativmedisinske behandlere (endring fra 53 prosent i 1994 til 63 prosent i 1997).

Fra 1997-undersøkelsen går det frem at det er flere kvinner enn menn som mener at utgiftene skal refunderes (76 prosent av kvinnene mot 63 prosent av mennene), og det er flest i aldersgruppen 45-55 år (75 prosent). Ellers er det små variasjoner i bakgrunnsvariablene.

7.2.10.2 Hvem bør utøve alternativmedisinsk behandling?

I en telefonundersøkelse fra 1995 ble det spurt om hvilke grupper som bør være utøvere av alternativ medisin. Med bakgrunn i de faste svaralternativene som undersøkelsen hadde, svarte 58 prosent «leger med tilleggsutdanning innen dette feltet» og 62 prosent at «homøopater og akupunktører med offentlig godkjent utdanning innen dette feltet» bør være utøvere av alternativ medisin. 7 prosent mente at «enhver som har tatt utdanning/kurs innen dette feltet» skal være utøver av alternativ medisin.

Samme undersøkelsen viser at over 80 prosent er positive til at det vurderes en godkjenningsordning av utdanningen innen alternativ medisin og dermed en autorisasjon av alternativmedisinske utøvere. Under 10 prosent sier at de er negative til en slik ordning.

Undersøkelsen viser også at vel en tredjedel (40 prosent) er enig i at en må ha henvisning fra lege for å kunne motta alternativmedisinsk behandling, mens vel halvparten (54 prosent) er uenig i dette.

Referanse

A-pressens Oslo-kontor: Alternativ medisin. Kommentarrapport APOR 1994.

Avina R.L. og Schneiderman L.J.: *Why patients choose homeopathy*. Western Journal of Medicine 1978 128:5:366-9.

Baggesen H., Birtø K. og Lund-Jacobsen M.: *Hvorfor velger noen pasienter alternativ terapi? I,II og III*. Klinisk Sygepleje 1987 4, 5 og 6.

Bjertnes A.: *Vår folkemedisinske arv - erfaring fra media*. Kvamme O.J. (red): *Innføring i alternativ medisin*. Universitetsforlaget 1996.

Bjørndal A.: *Opium for folket? Om psykofarmaka og medikalisering av samfunnet*. NORAS 1988.

Blumberg D.L. m.fl.: *The physician and unconventional medicine*. Alternative Therapies in Health and Medicine 1995 1:3:31-5.

Borchgrevink C.F.: *Forskning i alternativ medisin. Hva er dokumentert, og hva er dokumentasjon?* Tidsskrift for Den norske lægeforening 1997 117:17:2469-73.

Brendstrup E. og Launsø L.: *An unconventional cancer treatment model - a research project*. Townsend Letter for Doctors 1997 juli:28-31.

Brendstrup E. og Launsø L.: *Hovedpine og zoneterapeutisk behandling*. Sundhedsstyrelsens Råd vedrørende Alternativ Behandling 1996.

Bruset S.: *Informasjon og støtte til kreftpasienter*. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1992 112:2560-1.

Bruset S.: *Kreft og jakten på mirakler*. Gyldendal Norsk Forlag 1993.

Brusgaard D. Og Efskind L.: *Befolkningens syn på og bruk av folkemedisin*. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1977 97:27:1385-8.

Cato institute: *The Demand for Alternative Medicine*. Policy Analysis 199?.

Christie V. M.: *A dialogue between practitioners of alternative (traditional) medicine and modern (western) medicine in Norway*. Social Science and Medicine 1991b 35:5:549-52.

Christie V. M.: *The Story of a Dialogue Group between Practitioners of Alternative (Traditional) Medicine and Modern (Western) Medicine in Norway*. Olesen S. G. og Høg E. (red): *Studies in Alternative Therapy 3*. INRAT Odense University Press 1996 197-205.

Copeland, Silverberg og Pfefferbaum: *Attitudes and practices of families of children in treatment for cancer*. American Journal of pediatric hematology 1983 5:1:65-71.

Erstad M., Ingebrigtsen A., Jensen V.S. og Romstad M.: *Kreftpasienters bruk av alternativ behandling*. Medisin og Vitenskap 1992.

Frankenberg R. og Sharma U.: *Healing Spirits*. s. 11 The Times higher educational supplement 27. februar 1987.

Fugelli P.: «*Naturmedisin*». Tidsskrift for Den norske lægeforening 1978 98:28:1359-60.

Fyrand, O.: *Kvinnefientlig skolemedisin?* Aftenposten 3.februar 1986.

Gaier, H.: *Implementation of a resolute educational strategy. Essential element to secure the future of non-orthodox medicine*. Complementary Medical Research 1989 3:2:30-35.

Helseundersøkelse 1975. NOS A 894. Statistisk Sentralbyrå 1977.

Helseundersøkelse 1985. NOS B 692. Statistisk Sentralbyrå 1987.

Helseundersøkelsen 1995. Dokumentasjon og frekvensfordelinger. Wikholm S. og Hildrun A. Rapport nr. 111 Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste 1997.

Kleinman A.: *The illness narratives*. Basic books 1988.

Kraus W.: *Alternativ medisin dekkes av offentlig sykestrygd i Vest-Tyskland*. Holon 1990 15:7-9.

Kaasa S.: *Kjære leser*. Omsorg 1992 2:3.

Larsen Ø., Alver B. Og Munthe E.: Hjelp meg jeg har gikt! Holdninger og forventninger til skolemedisin og alternativ medisin. Norsk Revmatikerforbund og seksjon for medisinsk historie: Universitetet i Oslo 1984

Launsø L. og Jensen H.M.: *Sundhedsarbejde på tværs - en analyse af primær sundhedstjeneste og alternativt sundhedsarbejde i en dansk kommune*. FADL's Forlag 1980.

Lie A.: *Status for alternativ medisin i noen land*. Odd Jarle Kvamme (red): Innføring i alternativ medisin. Universitetsforlaget 1996.

Lærum E., Borchgrevink C.F. og Wiens G.: *Hvem går til homøopat?* Tidsskrift for Den norske lægeforening 1985 105:34,35,36:2478-82.

Malterud K.: *Sykdom eller særpreg. En kritisk bok om kvinner og helse*. Pax 1984.

McGregor K.J. og Peay E.R.: *The choice of alternative therapy for health care: Testing some propositions.*, Soc. Sci. Med. 1996 43:9:1317-27.

Mellbye F. *Er det samsvar mellom studiet og legers oppgaver* Tidsskrift for Den norske lægeforening 1988 108:699-701.

Meningsmåling om alternativ behandling i Norge. Opinion oktober 1997.

Ose T. og Kaasa S.: *Kostbehandling - en del av alternativ medisin?* Omsorg 1992 2:33-6.

Ramholt B.: *Alternativ behandling hos kreftsyke barn*. Omsorg 1992 2:21-6.

Ramholt B.: *Alternativ behandling initiert av foreldre til kreftsyke barn. Fakta og følelser*. Den norske kreftforening 1993.

Rampes H., Sharples F., Maragh S. og Fisher P.: *Introducing complementary medicine into the medical curriculum*. Journal of the Royal Society of Medicine 1997 90:19-22.

Risberg T., Bremnes R.M., Wist E., Kaasa S. og Jacobsen B.K.: *Communicating with and treating cancer patients: How does the use of non-proven therapies and patients' feeling of mental distress influence the interaction between the patient and the hospital staff?* European Journal of Cancer 1997 33:3:893-8.

Risberg T., Lund E. og Wist E.: *Use og non-proven therapies*. Acta Oncologica 1995 34:7:893-8.

Risberg T., Lund E., Wist E., Dahl O., Sundstrøm S., Andersen O.K. og Kaasa S.: *The use of non-proven therapy among patients treated in Norwegian oncological departments. A cross-sectional national multicentre study*. European Journal of Cancer 1995 31:A:11:1785-9.

Risberg T., Lund E., Wist E., Kaasa S. og Wilsgaard T.: *Cancer patients use of nonproven therapy: a 5-year follow-up study*. Journal of Clinical Oncology 1998 6:1:6-12.

Risberg T., Wist E., Melsom H. og Kaasa S.: *Bruk av alternativ medisin blant norske hospitaliserte kreftpasienter*. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1997 117:17:2458-63.

Risberg T.: *Alternativ medisin blant kreftpasienter i Nord-Norge*. Omsorg 1992 2:17-20.

Skarshaug A.: *Bruken av alternativ medisin blant nord-norske kreftpasienter*. Tromsø 1994.

SOU:1989:62. *Alternativmedicin 3. Alternativa terapier i Sverige - en kartläggning*. Socialdepartementet 1989.

Stanway A.: *Alternative Medicine*. Penguin Books 1982.

Størmer F.C., Scheel O. og Ånestad G.: *Homøopati - tid for offentlig godkjenning?* Tidsskrift for Den norske lægeforening 1997 117:17:2502-4.

Syse A., Uchermann A. og Førde O.H.: *Medisinsk utbytte av sykehusopphold. En evaluering av sykehusoppholdet for pasienter innlagt ved en indremedisinsk*

avdeling ved et tredjedelt sykehus. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1983 103:16:1335-9.

Tuft H.: *Kreftceller finnes også i sjelen.* Forlaget Liv 1987.

Aasland O.G., Borchgrevink C.F. og Fugelli P.: *Norske leger og alternativ medisin. Kunnskaper, holdninger og erfaringer.* Tidsskrift for Den norske lægeforening 1997 117:2464-8.

7.3 BRUK AV ALTERNATIVMEDISINSK BEHANDLING I ANDRE LAND

Det er foretatt en rekke undersøkelser om bruk av alternativmedisinsk behandling i ulike land. Noen av vanskelighetene når slik bruk skal sammenlignes er:

- at det varierer fra land til land hva som regnes som alternativmedisinsk
- at det er forskjell på hvilke former for alternativmedisinsk behandling som er tatt med i de ulike undersøkelser
- at i noen land er utøverne av alternativmedisinsk behandling leger, i andre er de alternativmedisinske
- at det varierer også hvilket år de forskjellige undersøkelser er foretatt
- hvilke aldersgrupper som er med i undersøkelsene varierer
- at det finnes lite opplysninger om hvor meget egenbehandling med alternativmedisinske metoder som foregår i de ulike land, og man vet som oftest ikke om disse er med i undersøkelsene eller ikke
- at bare i meget få undersøkelser har man insidens tall, og man har ikke opplysninger hvor ofte de bruker alternativmedisinsk behandling, eller hvor mange nye brukere som kommer til.

Dette er viktige momenter når vi i dette underkapittel skal konsentrere oss om bruk i andre land, særlig Europa.

7.3.1 Utbredelse og bruk

Samlende kan det sies at så vel forbruk av, offentlig interesse for, som forskning i alternativ medisin er stigende i langt de fleste land i Europa, så vel som i USA og Australia. Tidligere ble alternativmedisinsk behandling stort sett benyttet som et supplement til skolemedisinen, men dette er ikke så utpreget lenger. I Storbritannia var bruk av komplementær medisin et marginalt fenomen frem til midten av 70 årene, mens i dag blir det ansett som en normal medisinsk service. På seks år steg andelen av medlemmene i Consumer's Association i England som hadde vært hos alternativmedisinsk behandler siste år, fra en av syv i 1985 til nesten en av fire i 1991. I Finland har de som kombinerer alternativmedisinsk behandling og skolemedisin steget fra 34 til 46 prosent fra 1983 til 1993. I Frankrike er homøopati den mest brukte form for alternativmedisinsk behandling og andelen i befolkningen som brukte homøopati steg fra 16 prosent i 1982 til 36 prosent i 1992. I Nederland hadde i 1981 vel 6 prosent av befolkningen oppsøkt lege eller terapeut som utøvet alternativ medisin, og dette steg til nesten 18 prosent i 1990. I Sverige var det et fall i bruken av alternativmedisinsk behandling i begynnelsen av 1990 årene. Dette fallet kan sees i sammenheng med at det ble innført moms på besøk hos alternativmedisinske behandlere i tidlig på 90-tallet. En undersøkelse foretatt i 1996 viser at bruken har tatt seg opp igjen, men bare for kvinner.

Folkemedisin såvel som alternativmedisinsk behandling har vært mye brukt i Russland. I 1993 ble alternativmedisinsk behandling offisielt annerkjent og det ble lovlig å undervise og praktisere. En regner med at 50 prosent av befolkningen beny-

ter alternativmedisinsk behandling regelmessig. De fem mest brukte former er soneterapi, kiropraktikk, massasje, homøopati og en spesiell russisk pusteterapi - buteiko. Ulikt mange andre land i Europa er det lite opposisjon blant skolemedisinere mot alternativmedisinsk behandling.

I 1990 var det 33,8 prosent av innbyggerne i USA (60 millioner mennesker) som hadde brukt minst en av 16 alternativmedisinske behandlinger siste år, i 1997 hadde denne prosenten økt til 42,1 prosent (83 millioner mennesker). I 1990 hadde 1 000 personer brukt 577 terapier og i 1990 var det økt til 959 terapier.

En regner at dette utgjør en stigning fra 427 millioner besøk til alternativmedisinske behandlere i 1990 til 629 millioner besøk i 1997. Dette er mer enn det totale antall besøk til alle allmennleger i USA i 1990 så vel som i 1997.

Grunnen til denne store økningen skyldes mest at en større del av befolkningen søker alternativmedisinsk behandling, mer enn økning i antall besøk per pasient. Rapporter fra 1995 viser at 50 prosent av skolemedisinske leger utøver selv eller sender sine pasienter til alternativmedisinsk behandling.

I Australia bruker en tredjedel av befolkningen regelmessig alternativmedisinsk behandling i følge en undersøkelse i 1996. De mest populære former er kiropraktikk, akupunktur, naturopati, massasje, urtemedisin og homøopati. Mange andre behandlingsformer er mye brukt, som tradisjonell kinesisk behandling, soneterapi, irisdiagnostikk og aromaterapi. Kvinner bruker alternativmedisinsk behandling mer enn menn gjør, spesielt kvinner med høyere utdanning.

I Japan er distinksjonen mellom vestlig og alternativmedisinsk medisin noe uklar. På landsbasis regner en med 60 prosent regelmessig bruk. To tredjedeler av innbyggerne i Tokyo oppgir bruk av alternativmedisinsk behandling. Den mest brukte form i Japan er urtemedisin, akupunktur og soneterapi (shiatsu). Urtemedisinens sterke status bekreftes ved at 600 forskjellige urtemedisiner kan fåes refundert over det offentlige helsebudsjett. Dette utgjør rundt tre prosent av det totale medisinsbudsjettet og kan fåes fritt på apotekene med eller uten forskrivning fra lege. På tross av den ikke-vestlige medisins popularitet, er legene i Japan fortsatt stort sett kritiske til den.

Mengden av referanser merket «alternative medicine» i the National Library of Medicine's bibliografiske database (MEDLINE) har vokst med 12 prosent i året siden 1966, nesten det dobbelte av veksten i konvensjonell medisinsk litteraturs referanser.

For de land hvor det foreligger data om prosentdel av befolkningen som har brukt alternativmedisinsk behandling på et eller annet tidspunkt i sitt liv, er dette tilfellet for mellom 18 og 70 prosent. Norge ligger i den nederste del av skalaen (med 33 prosent i 1997), sammen med Sverige, Nederland og Storbritannia. I de land der alternativmedisinsk behandling fortrinnsvis utøves av leger, har relativt større deler av befolkningen prøvet alternativmedisinsk behandling. Dette er særlig tilfelle for de sydlige landene i Europa (jf. tabell 7.5).

Tabell 7.5: Prosent av befolkningen i forskjellige land som har brukt eller bruker alternativmedisinsk behandling.

	Noen gang	Regelmessig eller det siste år
Belgia	70	31
Danmark	33 (53)*	10*
Finland	46 +	15-20 +
Frankrike	49	36
Island	min. 41	9 (3)

Tabell 7.5: Prosent av befolkningen i forskjellige land som har brukt eller bruker alternativmedisinsk behandling.

Italia	-	7 (3 år)
Nederland	18	6-7
Norge	33*	13*
Russland	-	50
Sveits	min. 49	6-8
Storbritannia	27-30	8-10
Sverige	22	-
Tyskland	70	46
USA	-	42
Australia	-	49
Canada	-	15
Japan	-	60

- Foreligger ikke opplysninger

* Inklusiv kiropraktor. Det er noe uklart hvilke av de øvrige tall som inkluderer kiropraktor.

+ Akupunktur ikke tatt med fordi det betraktes som skolemedisin.

Ser vi på de land der det foreligger opplysninger om bruk siste år (eller regelmessig) ligger prosentdelen mellom seks-syv og 60 prosent av befolkningen. I USA regner en med at 34 prosent av befolkningen oppsøkte minst én alternativmedisinsk behandler i 1990, i 1998 var den økt til 42 prosent. Norge ligger igjen relativt lavt i sammenligning med sine 13 prosent. I Danmark viser en undersøkelse gjort i 1991, at 8 prosent av de spurte hadde mottatt alternativmedisinsk behandling hos en autorisert behandler, og syv prosent hadde behandlet seg selv med alternativmedisinsk behandling. Slike opplysninger mangler fra andre land.

I Danmark viser undersøkelser at mellom 30 og 50 prosent av pasienter innlagt på sykehus har anvendt alternativmedisinsk behandling. Mellom 34 og 50 prosent av voksne danske pasienter med kreft, gikt, disseminert sklerose og kirurgiske eller indremedisinske pasienter har anvendt alternativmedisinsk behandling. Blant undersøkte barn med sykdommer som leddgikt, astma, diabetes og epilepsi har 25 - 33 prosent vært hos alternativmedisinske behandlere. Jo dårligere personene anga sin selvvalgte helse, jo flere benyttet alternativmedisinsk behandling.

I løpet av de siste 20 årene har interessen for alternativmedisinsk behandling økt jevnlig i Storbritannia og 90 prosent kan tenke seg å bruke dem igjen. Undersøkelser viser at markedet for alternativmedisinsk behandling i Storbritannia vokser med 20 prosent i året.

7.3.2 Holdninger til alternativmedisinsk behandling

Samtlige undersøkelser av befolkningenes holdning til alternativmedisinsk behandling i Europa viser at flere enn de som hittil selv har benyttet dette, har tiltro til at disse behandlingsformer kan være virkningsfulle og relevante. Mellom 50 og 90 prosent av befolkningene har en positiv holdning til alternativmedisinsk behandling. Befolkningene ønsker generelt større offentlig støtte og kontroll med denne behandlingen.

Snaut to tredjedeler (60 prosent) av befolkningen i Nederland og i Belgia oppgir i 1991 at de er villige til å betale ekstra helseforsikring for alternativmedisinsk

behandling. I Storbritannia ønsket 74 prosent i 1989 at slik behandling betales av det offentlige helsesystem.

7.3.3 Hvem benytter alternativmedisinsk behandling?

I undersøkelser gjennomført i 1991 og 1992 kommer det frem at i Belgia, Danmark, Finland, Frankrike, Italia, Nederland, England og Tyskland er det flere kvinner enn menn som har benyttet alternativmedisinsk behandling. I Sveits og Sverige er det meget små kjønnsforskjeller i forbruket. En landsdekkende undersøkelse i USA i 1998 viser at kvinner søker alternativmedisinske behandlere mer enn menn gjør siste år (49 og 38 prosent). Halvparten av befolkningen i alderen 35-49 år angir at de har benyttet alternativmedisinske terapier siste år (50,1 prosent), dette er mer enn både eldre (39 prosent) og yngre (42 prosent). Bruk er vanligere blant dem med noe collegeutdanning (50,6 prosent) enn dem uten noen slik utdanning (36,4 prosent); og vanligere blant dem med årlig inntekt over 500 000 dollar (48,1 prosent) enn dem med lavere inntekt (42,6 prosent). Bruk var mer vanlig i Vest (50,1 prosent) enn ellers i USA (42,1 prosent).

Undersøkelser på 1990 tallet viser at i Belgia, England, Frankrike, Nederland og Tyskland brukes alternativmedisinsk behandling mest av personer med høyere og middels høy utdanning og av personer fra høyere sosioøkonomiske grupper. I Danmark er det flest brukere i middelklassen. I Finland, Italia og Sveits er forbruket mere jevnt fordelt i alle befolkningsgrupper, men det er forskjell på hvilken alternativmedisinsk behandling som brukes av forskjellige grupper.

I langt de fleste land som utvalget har opplysninger fra, er forbruket størst i alderen 30 - 60 år. I Danmark har det i perioden 1970 - 91 blitt stadig flere yngre som bruker alternativmedisinsk behandling.

7.3.4 Hvilke helseproblemer søker folk alternativmedisinsk behandling for?

Alternativmedisinsk behandling blir benyttet for mange formål. Først og fremst for å bli kvitt eller lindre plager, lidelser og sykdommer, særlig langvarige og alvorlige sykdommer. Alternativmedisinsk behandling brukes også i utstrakt grad for å forebygge, for å bedre allmenntilstanden og styrke immunforsvaret.

I mange land i Europa som i Norge, er det problemer i bevegelsesapparatet, ryggsmerten, nakkeproblemer, muskelspenninger, hodepine/migrener samt astma/allergi/eksem som er de vanligste grunnene for at folk søker alternativmedisinsk behandling.

Også i England og USA ser vi at alternativmedisinsk behandling brukes i forbindelse med utbredte lidelser i befolkningen. I USA er det kroniske lidelser som folk oftest søker alternativmedisinsk behandling for å få hjelp med, inkludert ryggproblemer, engstelse, depresjoner og hodepine.

I mange land er det særlig mennesker med kronisk sykdom som oppsøker alternativmedisinsk behandling. I Danmark har 48 prosent hatt sitt helseproblem fra fem til over ti år, og 25 prosent har hatt det fra ett til fire år. Menn søker alternativmedisinsk behandling tidligere i sykdomsforløpet enn kvinner.

7.3.5 Resultatet av alternativmedisinsk behandling i følge brukerne selv

Blant brukere av alternativmedisinsk behandling i europeiske land, tegner det seg en markant tendens til positive erfaringer med alternativmedisinsk behandling. I alle undersøkelser som har sett på pasienters egen vurdering av behandlingens

effekt, rapporteres at mellom 60 og 80 prosent av brukerne har erfart positiv virkning av behandlingen i forhold til det problemet de har søkt behandlet. Den positive virkningen spenner fra symptomlindring til helbredelse. Dessuten erfarer mange brukere av alternativmedisinsk behandling positive sidegevinster ved behandlingen i form av økt velvære, økt livskvalitet og bedring av andre symptom enn dem de søkte behandling for.

I Danmark er det gjort en rekke undersøkelser over tid om virkninger av behandlingen; i alle viste det seg at cirka to tredjedeler svarte at behandlingen hadde virket. I den siste svarte 33 prosent av 270 pasienter at de var blitt helbredet, 44 prosent at behandlingen hjalp men de var ikke helbredet, 17 prosent syntes behandlingen ikke hadde noen virkning og en syntes helseproblemet ble verre, fem svarte ikke.

Vi finner en kjønnsforskjell i virkningsprofilen: 43 prosent av mennene og 27 prosent av kvinnene svarte at de var blitt helbredet. Det er en tendens til at virkningen av behandlingen er betinget av hvor lenge personen har hatt helseproblemet før de søker alternativmedisinsk hjelp.

Det rapporteres også i flere undersøkelser at brukere av alternativmedisinsk behandling har erfart at kropp og sjel henger sammen, at de har fått større forståelse av årsakene til sine helseproblem, at de er blitt bedre til å tyde kroppens signaler, samt at de har opplevd nye ressurser hos seg selv.

I Island (1993) hadde 40 prosent full bedring, det var betydelig bedring i 4 tilfeller, noe bedring i 18 og ingen bedring i 28 tilfeller i en undersøkelse av 100 brukere. Når en bedring hadde inntruffet ble den i 85 prosent av tilfellene varig.

7.3.6 Hvorfor benyttes alternativmedisinsk behandler?

Skal vi svare på spørsmålet «hvorfor folk søker alternativmedisinsk behandling?» må vi ikke bare se på isolerte beslutninger, men kjeder av beslutninger tatt over lang tid. En rekke undersøkelser i Danmark viser at utilfredshet med hva det etablerte behandlingsapparat klarer å utføre, samt en søken etter nye måter å forstå sykdom på, er det som først og fremst motiverer folk i Danmark til å søke alternativmedisinsk behandling.

I England (1988) svarte 81 prosent av pasienter som hadde søkt homøopatisk behandling, at deres grunn var utilfredshet med den etablerte medisin. Disse brukere tillia kroppens selvhelbredende prosesser større betydning enn pasienter hos vanlig lege gjorde. Dessuten mente de at en behandling av hele personen var av meget stor viktighet.

Majoriteten av alternativmedisinske terapibrukere i USA sa de brukte disse terapiene mer for å forebygge fremtidig sykdom enn for å kurere nåværende.

Utilfredshet med de skolemedisinske legemidler peker seg ut, særlig på grunn av alvorlige bivirkninger. Delvis angis frykt for avhengighet. Videre at symptomene synes å forverres og/eller at det oppstår flere over tid, eller at medisinen ikke har noen virkning.

Flere undersøkelser viser at pasienten opplever at flere behandlere innen det skolemedisinske system:

- ikke lytter til pasientens erfaringer
- ikke gir informasjon
- ikke ser sammenheng mellom kropp og sjel
- ikke ser pasienten som en helhet
- at det behandles men ikke helbredes
- at det ikke gis plass til at pasienten kan få ansvar
- at sykdomsbehandlingen defineres som behandlerens og ikke pasientens prosjekt.

Ønske om mer informasjon er gjennomgående. Slike faktorer er «push-faktorer». Med det menes det at det er faktorer som skyver pasientene ut av det skolemedisinske system.

Det finnes også «pull-faktorer». Det er faktorer som tiltrekker folk til alternativmedisinsk medisin. Eksempler på slike «pull-faktorer» kan være kunnskap om hva alternativmedisinsk behandling er, og hvilke virkninger som kan oppnås, og at behandleren tar seg tid. I England (1993) er det vist at konsultasjonen hos en alternativmedisinsk behandler tar åtte ganger så lang tid som hos en allmennpraktiker.

7.3.7 Hvilke alternativmedisinske behandlere er mest benyttet?

En oversikt satt opp over de hyppigst anvendte alternativmedisinske behandlinger i 14 land inklusiv Norge, viser at homøopati blir satt øverst i fem av landene, og som et av de tre hyppigst benyttet i 11 av landene. Urtemedisin blir satt øverst i tre av landene, og som et av de tre øverste i fem land. Akupunktur blir satt øverst i to tilfeller, og som et av de tre øverste i ni land.

De alternativmedisinske behandlinger som inntar førsteplassen i de respektive land:

- homøopati (Belgia, Frankrike, Nederland, Norge, Sveits)
- urtemedisin (Finland, Tyskland, Japan)
- akupunktur (Spania, Østerrike)
- kiropraktikk (Sverige, Australia)
- soneterapi (Danmark, Russland)
- massasje (Island)
- osteopati (Storbritannia)

Homøopati og akupunktur utøves stort sett av leger i de fleste sydligere land i Europa.

7.3.8 En forandring i bruksmønsteret

Det typiske mønster for de som oppsøkte alternativmedisinske behandlere i 1970- og 1980-årene var at de var blitt behandlet av det etablerte helsevesen i mange år uten tilsynelatende å oppnå det de hadde ønsket. En undersøkelse i Danmark i 1991 peker på at det er en tendens til at det har skjedd en forandring i dette mønster i det 43 prosent kun har valgt alternativmedisinsk behandling, det vil si aktivt har fraveket den etablerte behandling for det helseproblem de siste gang henvendte seg med til alternativmedisinsk behandler. Kun 14 prosent blir samtidig med det alternativmedisinske behandlingsforløp behandlet innenfor det etablerte helsesystem for det samme helseproblem.

I Danmark varierer andelen som ikke har gått til behandling i helsevesenet mellom de forskjellige alternativmedisinske behandlere som er brukt: Andelen er 56 prosent for pasienter som har benyttet kinesiologi, 41 prosent for soneterapi og 33 prosent for healing.

Referanser

Aldridge D.: *Unconventional Medicine in Europe. I: Advances: The Journal of Mind-Body Health* 1994 10:2:52-60.

Alternativmedicinkommittén: *Fakta och röster om alternativ medicin. En delrapport*. Almänna Förlaget 1987.

Brendstrup E. og Launsø L.: *Description of a Holistic Integrated Treatment Model Used by Cancer Patients and Research Evaluated*. Townsend Letter for Doctors. Desember 1994 og januar 1995.

British Medical Association: *Complementary medicine: new approaches to good practice*. Oxford University Press 1993.

Christie V. M.: *Den andre medisinen. Alternative utøvere og deres pasienter*. Universitetsforlaget 1991.

Christie V. M.: *Den homøopatiske virksomhet - og EF. Nye rammebetingelser for legemidler og helsepersonell*. NIBR-rapport 1993 7.

Christie V. M.: *Skolemedisinen som grobunn for den alternative medisin*. Nordisk Medicin 1987 102:11.

COFREMCA and IFOP public opinion surveys. *L'Homeopathie en 1993*. Lyons: Syndicat National de la Pharmacie Homeopatique 1993.

Consumer's Association. *Regulation of practitioners of non-conventional medicine*. London 1992.

Dorozynski A.: France. Complementary Medicine is booming worldwide. British Medical Journal 1996 313:20.juli:132.

Eisenberg D. M. et al.: Trends in Alternative Medicine Use in the United States 1990-1997. *Jama* 1998 280:18:Nov 11:1569-75.

Eisenberg D.M. et al.: *Unconventional Medicine in the United States. Prevalence, Costs and Patterns of Use*. The New England Journal of Medicine 1993 328:4:246-52.

Ernst E., Resch K.L. og White A.L.: *Complementary medicine: what physicians think of it: a meta analysis*. Arch. Intern. Med. 1995 155:25:2405-08.

Fisher P. og Ward A.: *Complementary medicine in Europe*. British Medical Journal 1994 309:9. juli:107-10.

Fulder S.: *Håndbok i supplerende medisin*. Dreyer 1986.

Furnham A. and Smith C.: *Choosing alternative medicine: A comparison of the Beliefs of Patients visiting a General Practitioner and a Homoepath*. Soc.Sci.Med. 1988 26:7:685-9.

Goldbeck-Wood S.: Britain. Complementary Medicine is booming worldwide. British Medical Journal 1996 313:20.juli:131.

Hansen E. H., Launsø L., Brendstrup E.: *Samarbejde mellem brugerorganisationer og apoteksfarmaceuter om legemiddelanvendelse. Forsøg, læring, evaluering*. Institut for Samfundsfarmaci, Danmarks Farmaceutiske Højskole 1989.

Haraldsson E.: *Research on Alternative Therapies in Iceland*. Johannessen H., Launsø L., Olesen S.G., Staugård F. (red): INRAT Studies in Alternative Therapy 1. Contributions from the Nordic Countries. Odense Universitetsforlag 1993 46-50.

Hardell L., Nordenstam M., Moqvist I. og Lindberg L.: *Alternativmedicin inget alternativ*. s. 2092-95. Låkartidningen 95:18:1998.

Hofmeister E., Launsø L. og Brendstrup E.: *Center for intergreret medicin - alternativ behandling i udvikling*. Institut for Samfundsfarmaci, Danmarks Farmaceutiske Højskole 1994.

Ingram M.: *Russia. I: Complementary medicine is booming worldwide*. British Medical Journal 1996 313:20.juli:133.

Johannessen H.: *Alternative kroppe - og patienten som et helt menneske*. Launsø L., Skjerbæk K., Tingstad A.: Livskraft og mennesker. Akademisk Forlag 1995

Johannessen, H.: *Alternativ behandling i Europa - udbredelse, brug og effekt - en litteraturstudie*. Sundhedsstyrelsen 1995.

Jonas B. W.: *Researching alternative medicine*. Nature Medicine 1997 august:3:8:824-7.

Josefson D.: United States. Complementary Medicine is booming worldwide. British Medical Journal 1996 313:20.juli:132.

Launsø L.: *Brug og bruger-erfarede virkninger af alternativ behandling - en sammenfatning* Sundhedsstyrelsens Råd vedrørende alternativ behandling 1995.

Launsø L.: *Det alternative behandlingsområde. Brug og udvikling; rationalitet og paradigmer.* Akademisk forlag 1996.

Launsø L.: *Hvorfor forholde seg til alternativ behandling.* Tidsskrift for Dansk Sociologi 1992 23.

Launsø L.: *På vej mod integreret medicin. Brugere og behandlere på Birkholm.* Aksigraf 1988.

Lie L. G.: Norway. Complementary Medicine is booming worldwide. British Medical Journal 1996 313:20.juli:132.

McGuire M.: *Ritual Healing in Suburban America.* Rutgers University Press 1988.

Meriläinen P. m.fl.: *Alternativ Medicine in Finland av Tuula Vaskilampi. Studies in Alternative Therapy 1.* INRAT Odense University Press 1994.

Nielsen H.: *Fokus på zoneterapi i Danmark.* Institut for antropologi. Københavns Universitet 1991.

Nielsen J.J.N.: *Hvorfor gik pasienten til naturlæge?* Ugeskrift for Læger 1986 148:1780-82.

NORIpól. The Times 13 november 1989.

Pendergrass D.: *Knowledge and use of alternative cancer therapies in children.* Am. Journal Pediatr. Hematol. Oncol. 1981 3:4:339-45.

Raben H., Jørgensen K. og Aggernæs K.: *Brug av alternativ behandling blandt personalet ved en psykiatrisk og en fysiurgisk afdeling.* Ugeskrift for Læger 1993 155:11:803-6.

Rasmussen N. K. og Morgall J.M.: *The use of alternative treatments in the Danish population.* Lewith G. og Aldridge D. (red): Complementary medicine and the European Community. The C.W.Daniel Company Ltd. 1991.

Robard I.: *La santé hors la loi: les hors la loi de la santé: L'Ancre:Suresnes* (red) 1994 4.éd:219-20.

Sermeus G.: *Alternative health care in Belgium: an explanation of various social aspects.* Lewith G., Aldridge D.(red). Complementary medicine and the European Community. The C.W. Daniel Company Ltd. 1991.

Sharma U.: *Complementary Medicine Today. Practitioners and Patients.* Tavistock/Routledge 1992.

Trap R. m.fl.: *Alternativ behandling blandt patienter med inflammatorisk tarm-lidelse.* Ugeskrift for Læger 1988 150:2:86-88.

Van Dijk P.: *Geneewijzen in Nederland.* Deventer. Ankh-Hermes 1993.

Visser J.: *Alternative medicine in the Netherlands.* Lewith G. og Aldridge D. (red): Complementary Medicine and the European Community. The C.W.Daniel Company Ltd.1991.

Væggemose U.T. og Blom S.V.: *I medgang og modgang.* Institutt for Kultursociologi: Reprosieren nr.5: Københavns Universitet 1991.

Yamauchi M.: *Japan.* Complementary medicine is booming worldwide. British Medical Journal 1996 20.July:313::132.

Zinn C.: *Australia.* Complementary medicine is booming worldwide. British Medical Journal 1996 20.July:313:133.

Aagaard E.B.: *Kostterapi som alternativ behandlingsmetode af allergikere på Gefion Centeret, set i forhold til traditionel medicinsk behandling.* Institut for Samfundsfarmaci: Danmarks Farmaceutiske Højskole 1989.

KAPITTEL 8

**Utdanning og organisering av alternativmedisinske
utøvere****8.1 INNLEDNING**

I dette kapittelet gis en oversikt over norske utdanninger i alternativ medisin (se punkt 8.2). Oversikten bygger på svar fra læresteder etter henvendelse fra Aarbakke-utvalget. I kapittelet er det forsøkt å gi en oversikt over opptakskrav, omfang, innhold og eksamener.

I siste delen av kapittelet (se punkt 8.3) gis det en oversikt over foreninger som organiserer alternativmedisinske utøvere.

8.2 UTDANNING AV ALTERNATIVMEDISINSKE UTØVERE

Oversikten over norske utdanninger i alternativ medisin bygger på besvarelser av et spørreskjema som ble sendt fra Aarbakke-utvalget i 1997. I tabell 8.1 presenteres lærestedene som svarte på spørreskjemaet. 16 typer utdanninger er representert: akupunktur, akupressur, aromaterapi, biopati, fargeterapi, gestaltterapi, healing, helhetsterapi, homøopati, kinesiologi, lysterapi, osteopati, polaritetsterapi, soneterapi, yoga/åndedrett og grunnmedisin.

Det innsendte materialet er av varierende innhold, og presentasjonen vil gjenspeile dette. Utvalget er for øvrig kjent med at noen utdanninger har valgt å avstå fra å sende inn opplysninger (rundt 1/3 av lærestedene har ikke svart). Oversikten er derfor ikke helt dekkende.

8.2.1 Hvilke utdanningstilbud finnes i Norge?

Lærestedene i alternativ medisin er først og fremst konsentrert til Oslo-området. Bortsett fra et par skoler som ble opprettet på 70-tallet, er de øvrige opprettet på 80- og 90-tallet. Alle utdanningene i alternativ medisin drives i privat regi. Ingen er offentlig godkjent. Unntak fra dette er et ettårig studium i grunnmedisin. Dette inngår i flere av studiene i alternativ medisin.

De fleste lærestedene er små (mellom 10 og 40 studenter årlig). Studenttallet varierer og noen læresteder tar ikke opp nye studenter hvert år. Fra 1971 til 1997 har omtrent 3 500 studenter tatt utdanning i alternativ medisin. I tillegg har omtrent 450 studenter tatt utdanning i grunnmedisin, men disse har vanligvis også tatt en utdanning i alternativ medisin. Fra disse lærestedene i alternativ medisin er det hittil utdannet 1 124 i aromaterapi, 554 i akupunktur, 535 i homøopati, minst 395 i soneterapi, 290 i helhetsterapi, 304 i kinesiologi, 100 i biopati, 70 i polaritetsterapi, 48 i akupressur, 35 i osteopati og minst 11 i yoga.

Utdanninger i alternativ medisin består av alt fra korte kurs til flere års heltidstudanning. Noen utdanninger er etter- og videreutdanning for helsepersonell eller utøvere av alternativ medisin, men de fleste er ment som grunnutdanning. Nesten alle utdanningene er deltidsstudier, og det vanligste er en total studietid på to til tre år.

Tabell 8.1: Lærested, studiested, opprettelsesår, studiets varighet og antall studenter utdannet årlig og per 1. juli 1997*.

Utdanningstype og lærested	Studiested	År opprettet	Studiets varighet	Antall studenter	
				årlig utdannet	utdannet per 1.7.97
Akupunktur:					
1. Academy for Acupuncture	Oslo	1994	2,5 år deltid	Varierer, ingen i 1997	21
2. Nordisk akupunktur-høgskole (NAS)	Sandvika (Bærum)	1982	3 år og 4 år deltid	varierer 30 i 1997	242
3. Norsk akupunkturskole/NFKA	Oslo	1985	3,5 år deltid	varierer 41 i 1997	240
4. Norsk høgskole for tradisjonell akupunktur (NOSTRA)	Oslo	1983	3,5 år deltid	annet hvert år 12-15	51
5. Norsk universitet for kinesisk naturmedisin og akupunktur AS (NUKNA)	Oslo	1997	4 år deltid og 6 år heltid	ingen ennå	-
Akupressur (Shiatzu massasje):					
6. Bio Medius akademiet	Oslo	1982	1-2 år deltid	12	48
7. Norsk akupressur skole v/Norsk Prana institutt	Trondheim	1996	2 år deltid	10	-
Aromaterapi:					
8. Akademi for bio-fysiologi	Bærum	1991	1-1,5 år deltid	30-40	300
9. Bio Medius akademiet	Oslo	1982	1-3 år deltid	20	140
10. Chakra akademiet	Trondheim	-	10 mnd, 1 år deltid	ca. 28	118
11. Norsk institutt for aroma-terapi og aromapati (NIFA)	Lier	1987	2 år deltid	46	456
12. Shirley Price aromaterapi i Norge	Oslo	1985	1,5 - 4 år deltid	9-18	110
Biopati:					
13. Biopat- og urteskolen	Oslo	1981	3 år deltid	ca. 25	100
Fargeterapi:					
14. Colour Energy internasjonale fagskole	Hønefoss	1995	3 år deltid	15	-
Gestaltterapi:					
15. Norsk Gestaltinstitutt ANS	Oslo	1986	4 år deltid	ca. 48	155
Healing:					
16. Nordisk healerinstitutt	Oslo	1996	2,5 år deltid	max. 28	-
Helhetsterapi:					
17. Nordnorsk naturterapiskole	Tromsø	1988	3 år deltid	10-12	90

Tabell 8.1: Lærested, studiested, opprettelsesår, studiets varighet og antall studenter utdannet årlig og per 1. juli 1997*.

18. Norsk høgskole for helhetsterapi	Bærum	1982	4 år heltid og 3,5 år deltid	10-15	200
Homøopati:					
19. Nordisk høgskole for homøopati (NHH)	Oslo	1996	3 år og 4 år deltid	uaktuelt foreløpig	-
20. Norsk akademi for naturmedisin (NAN)	Oslo	1975	5 år deltid	ca. 40	400
21. Skandinavisk institutt for klassisk homeopati (SIKH)	Oslo	1987	3 år deltid	15-20	135
Kinesiologib					
22. Biomedisinsk senter	Stavanger	1993	2 år deltid	ca. 10	30
23. Bio Medius akademiet	Oslo	1982	1-2 år deltid	12	48
24. Jessheim naturterapi	Jessheim	1993	-	7-12	68
25. Pedagogisk kinesiologiskole	Furnes	1991	2 år deltid	4-36	29
26. Den Norske Kinesiologiskole	Bergen	1987	2 år deltid	12-24	129
Lysterapi:					
27. Biologisk lys AS	Oslo	-	bare korte kurs	-	-
Osteopati:					
28. Norsk høgskole i osteopati	Sandnes	1992	5 år deltid	20	35
Polaritetsterapi:					
29. Norsk institutt for polaritetsterapi (NIP)	Oslo	1990	2 år deltid	10	70
Soneterapi:					
30. Den norske alternative helseskole (DNAH)	Stjørdal	1990	2 år deltid	15-20	100
31. Medica Nova	Stavanger	1990	2 år deltid	25-30	160
32. Norsk institutt for zoneterapi (NIZ)	Trondheim	1971	2 år deltid	4-24	:
33. Soneterapiskolen i Åsgårdstrand	Åsgårdstrand	1985	2-3 år deltid	4-15	135
Yoga/Åndedrett:					
34. Aruna kurscenter	Son	1984	3 år deltid	12-16	:
35. Yogalærerskolen i Norge	Oslo	1993	3 år deltid	10-15 hvert 3. år	11
Grunnmedisin:					
36. Atlantis medisinske høgskole (AMH)	Oslo	-	1 år heltid eller 2 år deltid	90	250
37. Bio Medius akademiet	Oslo	1982	1 år, deltid	27	48
38. Nirvanasenteret	Bærum	1997	4 måneder deltid	foreløpig ingen	-
39. Thalamusskolen, Uppsalac	Oslo	1981	3 år deltid	10	150

* Tabellen er satt opp på grunnlag av materiale som er kommet inn i forbindelse med en spørreundersøkelse sommeren 1997. Oversikten omfatter bare de som har svart på denne undersøkelsen.

a Nordisk healerinstitutt er et dansk lærested som tilbyr utdanning i Norge

b Se også 18. Norsk Høgskole for helhetsterapi, som er et studium med flere fag hvor kinesiologi inngår

c Antall studenter gjelder det studietilbudet Thalamusskolen har i Norge

8.2.2 Opptakskrav ved skolene i alternativ medisin

Lærestedene i alternativ medisin har ulike opptakskrav. 20 læresteder stiller krav om tidligere utdanning, herunder alt fra eksamen i videregående skole til avsluttet helseutdanning (for eksempel sykepleie, fysioterapi). 15 læresteder stiller ingen krav til formell kompetanse. 7 læresteder krever at studenten har fullført en høyere utdanning i helsefag, og ved 4 av disse lærestedene kan også studenter med lang utdanning i alternativ medisin tas opp. 4 læresteder krever at studenten ved opptak har fullført utdanning i grunnmedisin, dvs anatomi, fysiologi og patologi. Andre læresteder har dette som en del av studiet. Omfanget av slik utdanning i grunnmedisin kan være av varierende fra nivået tilsvarende andre utdanninger som hjelpepleier eller sykepleier, til mer omfattende krav. 8 læresteder krever generell studiekompetanse fra videregående skole. 2 læresteder krever at studentene har utdanning som hjelpepleier eller helsefag fra videregående skole, 2 læresteder krever videregående skole. 3 læresteder stiller krav til minimumsalder (fra 18 til 23 år). 7 læresteder stiller som eneste krav at studenten er personlig egnet til utdanningen og yrkesutøvelsen. 3 læresteder krever personlig egnethet i tillegg til krav om tidligere utdanning. 7 læresteder har ingen formelle krav ved opptak av studenter. De fagområdene i alternativ medisin der læresteder stiller krav til studentene om tidligere fullført utdanning, inkluderer akupunktur, aromaterapi, helhetsterapi, homøopati, lysterapi, osteopati, polaritetsterapi og til dels grunnmedisin. I de «personfokusererte» fagområdene i alternativ medisin krever lærestedene at studentene er personlig egnet, har en viss alder eller at de ikke stiller noen formelle krav. Dette gjelder akupressur, biopati, fargeterapi, healing, kinesiologi, soneterapi og yoga.

8.2.3 Undervisning og eksamensform

Nesten alle utdanningene i alternativ medisin tas på deltid. Studentene har ikke rett til lån og stipend i Statens lånekasse for utdanning. De er vanligvis i jobb samtidig. For at studentene skal klare å gjennomføre flere års utdanningsløp ved siden av yrkesaktivitet og eventuell familie, må utdanningen være fleksibelt lagt opp.

Det vanligste er helgeseminarer. Undervisningen foregår i helgene fra fredag kveld til søndag kveld. Med intensiv undervisning regner lærestedene dette for 3 dager. Minst 25 av 35 læresteder organiserer undervisningen slik (7 læresteder oppga bare «deltid»). 9 læresteder bruker utvidede helgeseminarer eller langhelger, der undervisningen foregår i helgen og 1-2 arbeidsdager i tillegg. Noen av disse lærestedene bruker også vanlige korte helgekurs, for eksempel i første del av utdanningen. 2 læresteder har undervisning konsentrert i énukes perioder: i aromaterapi 4 moduler som varer 5 dager og i homøopati 5 blokker som varer 6 dager. 3 læresteder har undervisning 1 eller 2 dager i uken. Det gjelder akupunktur, aromaterapi og soneterapi. I akupunktur er helgekurs et alternativ. 5 læresteder har undervisning om kvelden, 3 av disse har også undervisning i helger. Et lærested i akupunktur underviser leger 3 kvelder i uken og lørdager, andre helsefagutdannede 5 kvelder i uken, begge studier skal vare i 4 år. 4 læresteder bruker sommerkurs, i akupunktur, yoga og praksis i grunnmedisin. Studentene i de lange utdanningene er innenfor de

fleste fagområdene opptatt med undervisning i fra 10 til 20 helger i året. Det vil si undervisning i hele helgen (og ofte 1 dag eller 2 ekstra) i 1 til 2 helger i måneden.

Den totale studietiden i timer varierer fra 80 timer (kinesiologi) til 7 600 timer (homøopati) for deltidsutdanninger, og fra 3 000 timer til 7 200 timer for heltidsutdanninger, for eksempel akupunktur. De mest omfattende utdanningene, som har 1 500 - 7 500 timer total studietid i løpet av 3 til 5 år på deltid eller 4 til 6 år på heltid, er i akupunktur, aromapati, helhetsterapi, homøopati, osteopati, soneterapi og yoga. De mindre omfattende utdanningene, som har under 1 000 timer total studietid i løpet av 1 til 3 år på deltid, finnes i akupressur, aromaterapi, fargeterapi, healing, kinesiologi, polaritetsterapi, soneterapi og grunnmedisin.

Studentene praktiserer som terapeuter i løpet av utdanningen. For de fleste utdanningene utgjør studentenes praksis fra 1/2 til 3/4 av hele studiet. Denne praksis inngår i studietimetallet. (Vi kan sammenligne dette med helsefagutdanninger ved høyskolene: Veiledet praksis utgjør 1/3 av undervisningen i mensendieckutdanningen og 1/2 av undervisningen i ergoterapeututdanningen.) Ved de fleste lærestedene har studentene mer enn 200 timer praksis. Studentene har mer enn 1 000 timer praksis i akupunktur (unntatt ett lærested), aromapati, helhetsterapi (ett lærested), homøopati (alle læresteder) og soneterapi (ett lærested). Til sammenligning har studentene ikke mer enn 1 312 timer veiledet praksis i ergoterapeututdanningen og 850 timer i Mensendieckutdanningen, og dette er 3 års heltidsstudier. De fleste lærestedene oppgir at de har fra 50 til 65 prosent teori i direkte undervisning, resten er praktisk undervisning. Relativt mer teori, 70 til 100 prosent, har læresteder i biopati, fargeterapi, til dels soneterapi og grunnmedisin. Relativt mindre teori, 25 til 35 prosent, har noen få læresteder i akupressur, helhetsterapi, kinesiologi og polaritetsterapi.

Ved de fleste lærestedene får studentene direkte undervisning i 300 - 1 000 timer i løpet av studiet. Dette omfatter både teoretisk og praktisk undervisning. Mest undervisning, mer enn 1 000 timer, får studentene i akupunktur (unntatt et lærested), homøopati, osteopati og delvis yoga og helhetsterapi. I de tilfeller det er organisert kollokvier, omfatter dette 100 - 400 timer i løpet av studiet. Ved et lærested i homøopati brukes det 800 timer til kollokvier.

Ved seks læresteder er det oppgitt at studentene må skrive en oppgave som del av utdanningen: i akupunktur, helhetsterapi, homøopati, osteopati, polaritetsterapi og soneterapi. Slik fordypningsoppgave, diplomoppgave eller hovedoppgave har ved de fleste lærestedene vesentlig mindre omfang enn tilsvarende ved universitet/høgskole.

Nesten alle lærestedene oppgir at de bruker eksamener; unntakene finnes i yoga og lysterapi. Ved de fleste lærestedene brukes 10 - 20 timer til eksamener i løpet av studietiden. Noen læresteder i akupunktur, helhetsterapi, homøopati og soneterapi bruker mer, 40 - 150 timer. De aller fleste lærestedene, i alt 23, bruker ekstern sensor ved eksamener. 3 av disse bruker ekstern sensor (erfarne utøvere) bare ved avsluttende praktiske eksamener.

8.2.4 Pensumfag

Alle lærestedene har undervisning i etikk. Ved noen læresteder er undervisningen i etikk integrert i de andre fagene. De fleste lærestedene gjennomgår kvaksalverloven. Alle læresteder (unntatt grunnmedisin) har undervisning i klientbehandling. Lærestedene underviser også i regler for journalføring/oppbevaring, hygiene, innrapportering av uhell og forsikringsregler. Kjernen i utdanningene er de alternativmedisinske fagene, som skiller de ulike utdanningene og alternative terapiene fra

hverandre. Vi ser her på fagprofilen. Nedenfor presenteres hovedprofilen for den aktuelle utdanningstype.

Undervisning i akupunktur

Academy for Acupuncture har 156 timer undervisning i energibalanseringsakupunktur. Et hovedområde er klinisk diagnostiske prosedyrer og pasientbehandling og teorier for dette, et annet er terapeutiske prosedyrer. Nordisk akupunkturhøgskole har 1 150 timer undervisning i treårig utdanning hvor grunnmedisin tas utenom, og 1 750 timer undervisning i fireårig utdanning når grunnmedisin er inkludert. Undervisning gis i akupunkturmeridianer og punkter, mikrosystemer, moksisusjon, diagnostisering og stikkteknikker, Qi gong og akupunktur sett i forhold til vestlig medisin. De har også kliniske seminarer og forskningsseminar. Norsk akupunkturskole har 800 timer undervisning i fagene kinesisk naturmedisin, akupunkturpunkter og meridianlære, diagnose og pasientbehandling, terapeutiske prosedyrer og forskning, samt noen bifag innenfor akupunktur og kinesisk medisin. Norsk høgskole for tradisjonell akupunktur har 1 150 timer undervisning, med hovedvekt på meridianlære, punktlokalisering, intervjueteknikk, pulsdiagnose og praktisk klinisk pasientarbeid. Studentene får innføring i homøopati, Bachs blomstermedisin og forskningsmetodikk. De skal også skrive hovedoppgave. Norsk universitet for kinesisk naturmedisin og akupunktur er nyopprettet, slik at ingen er utdannet herfra foreløpig. Dette studietilbudet er det mest omfattende med 7 129 timer undervisning i det seksårige studiet, 3 858 timer i det fireårige studiet for sykepleiere, fysioterapeuter, kiropraktorer og homøopater, og 1 876 timer i det fireårige studiet for leger. Det undervises i en rekke basisfag innen kinesisk medisin og akupunktur, samt i klinisk diagnostikk og pasientbehandling i kinesisk tradisjon. I det seksårige studiet inngår også grunnmedisin. Undervisningen foregår hovedsakelig på engelsk. Studentene har også noe undervisning i kinesisk.

Undervisning i akupressur (Shiatzu massasje)

Bio Medius akademiet tilbyr en kort utdanning, 36 timer undervisning, i shiatzu massasje som bygger på akupunkturprinsippet. Norsk akupressurskole har 192 timer undervisning i kinesisk medisin, akupunktur og behandlingsteknikker (palpering, trykkteknikker og tuinateknikker).

Undervisning i aromaterapi

Akademi for bio-fysiologi har undervisning i muskel- og skjelettanatomi, patologi, aromaterapi, massasje og soneterapi. Bio Medius akademiet har 128 timer undervisning i aromaterapi og oljer, massasje og noe patologi. Chakra-akademiet har 200 timer undervisning i psykoaromaterapi, oljelære, massasje, patologi, psykologi, meditasjon og andre fag. Norsk institutt for aromaterapi og aromapati har to forskjellige utdanninger. Aromaterapi har 250 timer undervisning i aromaterapi og oljelære, massasje og noen andre fag. (Dette inngår også i aromapatiutdanningen). Studentene må ha grunnmedisin for å bli godkjent som aromaterapeut av lærestedet. Aromapati (klinisk aromaterapi) har 450 timer undervisning i grunnmedisin. Studentene lærer å stille diagnose, de har fysiologiske og farmakologiske fag og samfunnsfag, og de må orientere seg i forskning på feltet. Shirley Price aromaterapi i Norge har 200 timer undervisning i aromaterapi og oljer, massasje, psykologi, innføring i soneterapi og akupressur og andre mindre fag.

Undervisning i biopati

Biopat- og urteskolen har minst to dagers undervisning i måneden i en treårsperiode med noen seminarer i tillegg. De mest omfattende fagene er alternativ sykdomslære, biopatens prinsipper, ernæring med vitaminer og mineraler, fytoterapi, symbioseterapi, anatomi/fysiologi/sykdomslære, immunologi, immunterapi og biopatisk konsultasjon. I tillegg undervises det i andre mindre fag, blant annet innenfor akupunktur.

Undervisning i fargeterapi

Colour Energy internasjonale fagskole har 909 timer undervisning. Temaene i utdanningen er kunnskap om hvordan farger påvirker oss i vårt dagligliv, fargeterapeutiske fag, farger i lys, og alternativmedisinske fag som akupunktur, soneterapi, chakralære og kinesiologi.

Undervisning i gestaltterapi

Norsk Gestaltinstitutt har 557 timer undervisning i gestaltterapi etter en temaplan: intrapsykologisk dialog, kreative tilpasningsmåter, kontakt og kontaktsforstyrrelser, grunnleggende ferdigheter som rådgiver, vilje, kjærlighet og ansvarlighet, deler og helheter, innøving av terapeutiske ferdigheter, den paradoksale kunnskap om forandring, terapeutiske forhold, menneskesyn, og didaktikk.

Undervisning i healing

Nordisk healerinstitutt har 344 timer undervisning i psykologiske fag, flere former for healing, filosofiske og religiøse fag, samt alternativmedisinske fag som for eksempel meridianlære.

Undervisning i helhetsterapi

Nordnorsk naturterapiskole har 411 timer undervisning. Fagene er grunnmedisin, psykologi, fotsoneterapi, øreakupunktur, akupressur, ulike typer massasje, meridianlære og moksa. Norsk høgskole i helhetsterapi utdanner i flere alternative behandlingsformer. Skolen tilbyr heltidsutdanning med 2 400 timer undervisning og deltidsutdanning med 1 260 timer undervisning. Hovedfagene det undervises i er naturvitenskapelig grunnlag, aromaterapi, kinesiologi, øreakupunktur, fotsoneterapi, ernæring og klinisk trening. I heltidsstudiet inngår også samfunnsfag og en hovedoppgave.

Undervisning i homøopati

Nordisk høgskole for homøopati har 1 084 timer undervisning, med hovedvekt på homøopatiske emner og klinisk arbeid, dessuten sosialmedisinske og økologiske fag, forskning, veterinærmedisin og undervisning i etablering av praksis. Norsk akademi for naturmedisin har to studieretninger: homøopati og naturopati, begge med 1 676 timer undervisning. Felles fag er klinikkarbeid, grunnmedisin og sykdomsfag, metodikk og forskning. Studentene velger enten homøopatiske emner eller naturopatiske emner. Hovedoppgave inngår i begge utdanningene. Elevene får også undervisning i flere alternativmedisinske behandlingsformer, ernæring, samt praktisk og teoretisk forskningsmetodikk. Skandinavisk institutt for klassisk homøopati har 1 008 timer undervisning. Hovedfag er homøopatiske emner og bifag er blant annet forskningsmetodikk. Hovedoppgave inngår i utdanningen.

Undervisning i kinesiologi

Biomedisinsk senter har 300 timer undervisning i kinesiologi. Bio-Medius akademiet har 92 timer undervisning i kinesiologiske emner og teknikker, biokjemi, og andre teorier og metoder i kinesisk medisin, som for eksempel chakrasystemet og ansiktsdiagnose. Jessheim naturterapi har 80 undervisningstimer i kinesiologi/kroppsbalansering (Touch for Health). Pedagogisk kinesiologiskole har 340 timer undervisning i kinesiologimetoder som One Brain, kroppsbalansering (Touch for Health) og om hvordan åpne praksis. Den Norske Kinesiologiskolen har 1 og 2 årig grunnkurs (årlig 200 timer, samt 50 timer praksis), foruten internasjonale fordypningskurser. Skolen utdanner instruktører i kroppsbalansering (Touch for Health).

Undervisning i lysterapi

Biologisk lys AS gir korte kurs i lysterapi i 3-4 dager to ganger i året, i alt ca. 55 timer med fire elementer: lysterapi, fysikken og lys, hvordan ta prøver og lysstimulering.

Undervisning i osteopati

Norsk høgskole i osteopati har 2 417 timer undervisning i grunnmedisinske fag, teoretiske osteopatiske fag, praktiske osteopatiske fag og andre fag. I tillegg skal studentene skrive en fordypningsoppgave.

Undervisning i polaritetsterapi

Norsk institutt for polaritetsterapi har 342 timer undervisning. Hovedfag er polaritetsterapeutiske emner, ernæring og psykologi/livsmønstre. I tillegg har de flere bifag innen grunnmedisin og kinesisk medisin.

Undervisning i soneterapi

Den norske alternative helseskole har 350 timer undervisning i fotsoneterapi, kinesisk diagnostisk teori, kinesisk medisin, meridianer, medisinske fag, psykologi og klinisk praksis. Medica Nova har 210 timer undervisning i refleksologi (soneterapi), arbeidsteknikker og teorier, og i anatomi, fysiologi og sykdomslære. Norsk institutt for zoneterapi har undervisning i teoretisk og praktisk soneterapi, samt anatomi, fysiologi og patologi (grunnmedisin), til sammen 400 timer. Soneterapiskolen i Åsgårdstrand har 295 timer undervisning i teoretisk og praktisk soneterapi, teoretisk øreakupunktur og etikk. Grunnmedisin må tas i tillegg.

Undervisning i yoga/åndedrett

Aruna kurssenter utdanner i stimulering av åndedrett med 192 timer undervisning i psykisk massasje, energi og bevissthetslære, integrativ pust, spirituell terapi, indre livssyklus, terapeutisk veiledning og etikk. Yogalærerskolen i Norge har 1 200 timer undervisning i yogateknikker, historie om yoga og dens begreper samt tilgrensende metoder. Studentene følger kurser i anatomi og fysiologi.

8.2.5 Grunnmedisin

Atlantis medisinske høgskole har 500 timer undervisning i anatomi og fysiologi, patologi og sykdomslære samt andre fag. Bio-Medius akademiet har 88 timer undervisning i anatomi og fysiologi, patologi og sykdomslære. Nirvanasenteret har 90 timer undervisning i grunnmedisin, mens Thalamusskolen har 400 timer undervisning i grunnmedisin.

8.2.6 Krav til utdanning av offentlig godkjent helsepersonell

Det er flere grunner til å sammenligne innholdet i utdanningene i alternativ medisin og i helsefag. Utdanning i alternativ medisin tas av en del personer som allerede har fullført helsefagutdanning ved universitet eller høyskole, blant annet leger, sykepleiere og fysioterapeuter. Grunnmedisin (anatomi, fysiologi og patologi) inngår både i helsefagutdanninger og i mange av utdanningene i alternativ medisin, men i varierende omfang. Noen læresteder i alternativ medisin kaller seg høgskoler. Ingen læresteder (unntatt opplæring i grunnmedisin) har imidlertid ennå søkt om å få alternativmedisinske studier godkjent etter privathøgskoleloven. Det er lite relevant å sammenligne utdanningene i alternativ medisin med lange universitetsutdanninger som medisin og farmasi. Treårige helsefagutdanninger ved høgskoler kan i større grad være aktuelle som modeller, særlig hvis læresteder i alternativ medisin tar sikte på å få sine studier godkjent på høgskolenivå. Innholdet i helsefagutdanningene er i grove trekk fastsatt i nasjonale rammeplaner, som angir antall vekttall for grupper av emner innenfor 60 vekttall for et treårig studium. Rammeplanene blir godkjent av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

Omfanget av medisinske og naturvitenskapelige emner er minst i sykepleierutdanningen (9 vekttall), noe større i fysioterapeututdanningen (15 vekttall), og størst i utdanningene av bioingeniører (22 vekttall) og radiografer (25 vekttall). Omfanget av samfunnsvitenskapelige og humanistiske emner er minst i bioingeniørutdanningen.

gen (1 vekttall), noe større i radiografutdanningen (5 vekttall) og i sykepleierutdanningen (6 vekttall), og størst i fysioterapeututdanningen (9 vekttall). I ergoterapeututdanningen er vekttall bare oppgitt for temaer, der «menneske, aktivitet, samfunn» (9 vekttall) kan være både medisinske og samfunnsvitenskapelige emner. De nye rammeplanene, gjeldende fra 1999, vil styrke samfunnsvitenskapelige og humanistiske emner i utdanningene av ergoterapeuter (15 vekttall), fysioterapeuter (15 vekttall) og bioingeniører (5 vekttall). Dette fører til at det i rammeplanene blir færre vekttall i helsefaglige emner spesifikke for utdanningene.

I noen få utdanninger i alternativ medisin trenger ikke studentene å ha grunnmedisin verken før, som en del av, eller som tillegg til det alternativmedisinske studiet. Flertallet av lærestedene i alternativ medisin krever i varierende omfang at studentene har eller tar grunnmedisin. Læresteder som tilbyr grunnmedisin som separat studium har fra 88 til 500 timer undervisning. Til sammenligning har mensendieckutdanningen ved høyskoler 530 timer undervisning i medisinske og biologiske fag, det tilsvarende for ergoterapiutdanningen er 302 timer. Lærestedene som har grunnmedisin som en del av studiet kan ha opp til 600 timer i skolemedisinske fag.

8.2.7 Kompetanse etter utdanning ved skoler for alternativ medisin

Alle lærestedene har til hensikt å forberede studenten til ervervsmessig utøvelse av yrket. Unntak er lærestedene i grunnmedisin. Halvparten av lærestedene har til hensikt at målet med utdanningen også skal være egenutvikling/selvhjelp. Dette gjelder læresteder i akupunktur (ett av fem), biopati, healing, helhetsterapi, kinesiologi, lys-terapi, polaritetsterapi, soneterapi (tre av fire) og yoga.

Lærestedene i alternativ medisin ble også spurt om hva slags tittel studentene benytter etter fullført studium. Ved de fleste lærestedene brukes terapiformen som terapeuttittel (for eksempel akupunktør). Syv læresteder bruker forkortelse for lærestedets navn som en del av tittelen. Noen læresteder understreker sin faglige tilnærming i tittelen: Akupunktør - EBA (energibalansering), Klassisk akupunktør TCM (Traditional Chinese Medicine). Medlemsskap i forening av utøvere kan også være en del av tittelen: Akupunktør NAHO (Norske akupunktørers hovedorganisasjon), Akupunktør NFKA (Norsk forening for klassisk akupunktur). For klienter kan det være forvirrende at ulike terapeuter har nokså like titler. Et eksempel er «naturopat» (i økologisk medisin, urtemedisin og ernæring, utdannet ved homøopati-lærested) og «naturterapeut» (helhetsterapeut utdannet i akupressur, øreakupunktur, massasje og soneterapi). Omvendt kan samme terapeut bruke ulike titler: en soneterapeut kan være refleksolog, en (energi)healer kan også kalle seg bioenergetiker. Universitetsutdannede psykologer og psykiatere vil sjelden kalle seg psykotrapeuter, fordi tittelen ikke er beskyttet. For studenter og klienter kan det være forvirrende at begrepet «diplom» i en tittel brukes både etter lange og korte utdanninger. Dette gjelder ikke bare i alternativ medisin, men generelt i høyere utdanning både i Norge og i utlandet.

8.2.8 Evaluering av utdanningstilbudene

Det finnes flere former for vurdering av utdanningene. For å systematisere dette har vi (jf. Barnett 1992) skilt mellom tre ulike innfallsvinkler for å vurdere kvalitet i høyere utdanning: det *profesjonelle systemet* der jevnbyrdige og kyndige aktører vurderer hverandre, det *administrative systemet* der den som tildeler ressurser overvåker virksomheten i forhold til resultatindikatorer og det *markedsorienterte systemet* der kvalitet ses i forhold til kundenes dom.

Det profesjonelle systemet for vurdering av utdanninger i alternativ medisin består av utøvere av faget og av lærere ved andre norske og utenlandske læresteder i alternativ medisin. Noen av disse har også en offentlig godkjent helsefagutdanning. Formålet med profesjonell evaluering kan være både kontroll og læring for å forbedre utdanningen. Mange læresteder i alternativ medisin bruker norske eller utenlandske eksterne sensorer ved eksamener. Utenlandske eksterne sensorer er utøvere og lærere, noen er offisielt godkjente i hjemlandet, som for eksempel kinesiske professorer i akupunktur. Et av lærestedene i akupunktur er dessuten en avdeling av et kinesisk lærested og har tilsvarende undervisning. Det kinesiske lærestedet «godkjenner den norske utdanningen». Det kan tiltrekke søkere, men denne godkjenningen har ingen formell status i Norge. Når studenter får adgang til videreutdanning ved utenlandsk lærested, kan det innebære at den norske utdanningen er blitt vurdert som tilfredsstillende. Lærestedene vil forsøke å oppfylle de formelle utdanningskravene for medlemsskap i foreninger av utøvere. Foreningene i alternativ medisin stiller dessuten minstekrav til et visst antall timer utdanning i ulike fag for at de skal kunne tas opp som medlemmer. I homøopati blir utdanning fra utenlandske læresteder, hvis de ikke er godkjent av den internasjonale foreningen, vurdert av fagkomiteen i den norske foreningen. For enkelte foreninger, gjelder de formelle krav for medlemsskap bare antall timer i utdanningen, for andre også innholdet i utdanningen.

Det administrative systemet for vurdering av utdanninger i alternativ medisin består ikke av noen offentlige organer, ettersom lærestedene finansieres av studieavgifter uten noen form for offentlig finansiering. Lærestedenes administrasjon vil neppe «overvåke virksomheten i forhold til resultatindikatorer», siden de fleste lærestedene har relativt få studenter og drives med deltidsinnsats fra både lærere og studenter.

Det markedsorienterte systemet for vurdering av utdanninger i alternativ medisin kan omfatte aktører: søkere, studenter, arbeidsgivere, og kanskje også klienter og pasienter. Et av formålene med å evaluere utdanninger er å gi informasjon til søkere om kvaliteten av utdanningene. Det kan være minimumsstandarder, profil med faglig spesialisering, relevans for arbeidsmarkedet osv. Misfornøyde studenter i alternativ medisin har klaget til Forbrukerombudet over forholdet mellom pris og kvalitet, dessuten over vilkår for forskuddsbetaling og betaling for ikke-oppmøte eller avbrutt utdanning. Fordi de ville ha «kvalitet for pengene» var studenter ved private høyskoler de første til å kreve studentevaluering av undervisningen. Alle offentlige høyskoler og universiteter er pålagt av departementet å ha slik evaluering. Lærestedene i alternativ medisin ble ikke spurt om dette, men gjensidig evaluering brukes blant annet ved Nordisk akupunkturhøgskole, Norsk akupunkturskole og Norsk akademi for naturmedisin. Arbeidsgiveres vurdering vil for alternativ medisin også være profesjonell vurdering, siden de fleste utøvere har selvstendig praksis eller er ansatt hos andre med samme type utdanning.

8.2.9 Undervisningspersonalets kompetanse

Hva slags lærere en skole har er viktig for å vurdere kvaliteten på utdanningen. Mange lærere i alternativ medisin har høyere utdanning i helsefag som lege, sykepleier og fysioterapeut. Det gjelder lærerne ved de fleste lærestedene i akupunktur, homøopati, kinesiologi, lysterapi, osteopati og soneterapi. Andre lærere har høyere utdanning i pedagogikk eller samfunnsfag. Dette gjelder særlig lærere i aromaterapi, fargeterapi, healing, kinesiologi, soneterapi og yoga. Noen lærere har utdanning i flere typer alternativ medisin og kombinerer utdanning i terapier som bygger på de samme prinsippene, for eksempel akupunktur og soneterapi. Kombinasjoner av

utdanninger som bygger på ulike prinsipper, som akupunktur og biopati, akupunktur og homøopati/osteopati, homøopati og soneterapi, aromaterapi og soneterapi, aromaterapi og heilpraktik, forekommer også blant lærerne. Lærerne har praktisert i alternativ medisin i fra 5 år til 20 år. Mange læresteder har både seniorlærere med mer enn 10 års praksis og juniorlærere med kortere praksis. Noen få lærere underviser på heltid i alternativ medisin og noen av disse underviser også i helsefag ved universiteter og høyskoler, blant annet er de lærere i grunnmedisin. De aller fleste lærere i alternativ medisin praktiserer fortsatt som terapeuter ved siden av å gi teoretisk og praktisk undervisning på deltid.

8.2.10 Tilknytning til forskningsaktiviteter

Læresteder i alternativ medisin kan ha tilknytning til forskning om alternativ medisin på flere ulike måter, som å delta i forskningsprosjekter, samarbeid med eksterne forskere og formidling av forskningsresultater. Pensum inneholder forskningsresultater, og studentene lærer forskningsmetodikk og viser til forskning. I spørreskjemaet fra Aarbakke-utvalget til lærestedene var det ingen direkte spørsmål om dette. Derfor kan flere læresteder ha tilknytning til forskning enn det vi kjenner til: En lærer er leder av en akupunkturutdanning, er utdannet lege og har forsket klinisk på akupunktur i ti år. En lærer i aromaterapiutdanning samarbeider med NTNU-personale i forskning om eteriske oljer. «Det er allerede gjennomført ca. 15 hovedoppgaver av studenter ved Norsk Akupunkturskole som tar for seg oversikter over dokumenterte effekter ved akupunktur for forskjellige sykdomsgrupper.»

8.2.11 Samarbeid mellom læresteder for alternativ medisin og andre utdanningsinstitusjoner

Hovedinntrykket er at det er lite faglig samarbeid mellom lærestedene i alternativ medisin. Det er også lite samarbeid mellom læresteder i alternativ medisin og offentlig godkjente helsefagutdanninger. Flere læresteder ga uttrykk for at de ønsket mer samarbeid.

Noe samarbeid finnes imidlertid. Noen lærere underviser ved flere skoler, siden noen tilnærminger og teorier er felles for flere fagområder. Et senter er også blitt etablert i samarbeid mellom fire læresteder i ulike fagområder (akupunktur, homøopati, osteopati, soneterapi og grunnmedisin). Det er et omfattende samarbeid mellom læresteder som tilbyr grunnmedisin og andre læresteder i alternativ medisin som krever at studentene har forkunnskaper i grunnmedisin.

8.2.12 Samarbeid mellom norske og utenlandske alternativmedisinske utdanningsinstitusjoner

De ulike terapiformene i alternativ medisin er internasjonale, og det er også utdanningene. En del norske utøvere av alternativ medisin er utdannet i andre land. Foreningene for utøvere er ofte knyttet til internasjonale foreninger. De norske lærestedene i alternativ medisin samarbeider med utdanningsinstitusjoner i blant annet Sverige, Danmark, Nederland, Belgia, England, Tsjekkia, USA og Kina. Tre av fem norske læresteder i akupunktur og et av fire læresteder i soneterapi samarbeider med kinesiske utdanningsinstitusjoner. Det har sammenheng med at tradisjonell kinesisk medisin historisk har vært grunnlaget for disse terapiformene. De andre lærestedene i akupunktur og soneterapi legger større vekt på forklaringsmodeller fra nyere vestlig medisin og biologi. Samarbeidet med utenlandske læresteder i alternativ medisin foregår på flere måter: Utenlandske lærere eller professorer

brukes som gjesteforelesere innen praktisk klinisk undervisning, som sensorer og generelt for sikring av kvaliteten på undervisningen. Det utenlandske lærestedet godkjenner den norske utdanningen. Norske studenter får klinisk praksis med veiledning ved poliklinikker og sykehus i utlandet. Dette gjelder særlig utdanninger i akupunktur der studenter er fra to uker til ett år i Kina. Etter- og videreutdanning tilbys ved det utenlandske lærestedet for norske studenter og lærere.

8.2.13 Rekruttering fra utenlandske utdanningsinstitusjoner i alternativ medisin

Norske utøvere kan ha utenlandsk utdanning. I Norge finnes det nesten bare deltid-utdanninger i alternativ medisin, mens det i andre land er et større tilbud av heltids-utdanninger. Det finnes ingen fullstendig oversikt over hvilken utdanningsbakgrunn utøvere i alternativ medisin i Norge har. Vi vil her bygge på hva foreninger av utøvere i alternativ medisin med i alt ca. 2 500 medlemmer har svart på spørsmålet «Hva slags utdanning i alternativ medisin har medlemmene, og fra hvilke utdanningsinstitusjoner har medlemmene sin utdanning?» I tillegg har vi opplysninger om hvilke utenlandske utdanninger lærere har ved norske utdanningsinstitusjoner i alternativ medisin.

Det ser ut til at flertallet av både norske og utenlandske utøvere og lærere i alternativ medisin i Norge, har tatt sin utdanning her i landet. Lærere med utenlandsk utdanning finnes ved flere av de norske lærestedene i alternativ medisin, men ikke ved alle. Norske utdanninger i alternativ medisin er bygget ut i løpet av de siste tyve årene, men fortsatt er utenlandsk utdanning viktig som alternativ eller tillegg til norsk utdanning. Når utøvere med utenlandsk utdanning søker om medlemskap i en forening, blir utdanningen enten vurdert på grunnlag av hvilke læresteder som er godkjent av den internasjonale foreningen eller vurdert av fagutvalg eller lignende i den norske foreningen. Innen noen fagområder, som for eksempel akupunktur, finnes flere norske foreninger. Disse har til dels samme kriterier for godkjente utenlandske utdanninger.

Fagområdene eller terapiformene i alternativ medisin har sine geografiske kjerneområder der de ble utviklet eller har fått stor utbredelse. Norske utøvere av og lærere i alternativ medisin har tatt utdanning i blant annet Sverige, Danmark, Nederland, Belgia, Tyskland, England og USA. Også norsk ungdom studerer medisin, fysioterapi og andre helsefag i disse landene. I tillegg har utøvere av og lærere i alternativ medisin også tatt utdanning i blant annet Kina, Japan og India. Dette er knyttet til former for ikke-vestlig medisin som tradisjonell kinesisk medisin eller indisk ayurvedisk medisin.

8.2.14 Hvor mye koster utdanningene?

Studenter som tar deltidsstudium i alternativ medisin betaler fra 5 000 til 150 000 kroner. Heltidsstudie koster mellom 120 000 og 240 000 kroner for hele utdanningen.

De rimeligste utdanningene hvor studentene betaler under 50 000 kroner for hele utdanningen er i akupressur, aromaterapi, healing, kinesiologi, polaritetsterapi, soneterapi og grunnmedisin. De noe dyrere utdanningene (kostnad mellom 50 000 og 100 000 kroner) er akupunktur, biopati, fargeterapi, helhetsterapi, osteopati og yoga. Den dyreste deltidsutdanningen er homøopatiutdanningen, som koster 150 000 kroner. De dyreste heltidsutdanningene er i akupunktur og helhetsterapi, hvor studiet koster opp til 250 000 kroner.

Grunnmedisin koster fra 3 000 til 11 000 kroner for kort utdanning og fra 27 000 til 40 000 kroner for lang utdanning. Denne kostnaden kommer i tillegg hvor det er et krav at studentene skal ha gjennomført dette studiet i forbindelse med den alternativmedisinske utdanningen.

Årlig studieutgift varierer fra 2 600 til 30 000 kroner for deltidsutdanninger (gjennomsnittskostnad er 16 800 kroner per år) og opp mot til 39 000 kroner per år for heltidsutdanninger.

Siden det er store forskjeller mellom lærestedene i hvor mange timer undervisning studiet omfatter, får vi et inntrykk av hva studentene får for pengene dersom vi regner ut hvor mye studentene betaler per undervisningstime. Studentene betaler fra 31 til 250 kroner per time. Den relativt billigste utdanningen er i healing, den relativt dyreste i akupunktur. I de fleste typene alternativ medisin koster utdanningene gjennomsnittlig fra 70 til 110 kroner per undervisningstime.

8.2.15 Rett til lån og stipend i Statens lånekasse for utdanning

Private utdanningsinstitusjoner kan fritt etableres i Norge. Innhold og organisering av slik utdanning er ikke lovregulert. Lov av 11. juli 1986 nr. 53 om eksamensrett for, og statstilskudd til, private høyskoler (privathøyskoleloven), fastsetter vilkårene for statstilskudd til private høyskoler og om eksamen eller grad fra skolen kan godkjennes som universitetseksamen eller -grad etter universitetsloven. Markedet for utdanninger og kurs som betales av studentene er for øvrig bare regulert gjennom lover som gjelder næringsvirksomhet generelt (markedsføringsloven, pristiltaksloven m.v., se punkt 10.4.3). Navnet på lærestedet sier ikke nødvendigvis noe om det faglige nivået. «Universitet» eller «høgskole»/«høyskole» er ikke lovbeskyttede betegnelser.

Statens lånekasse for utdanning kan gi utdanningsstøtte (lån og stipend) også til elever/studenter ved private utdanningsinstitusjoner. Utdanningstilbudet må godkjennes i medhold av lov av 26. april 1985 nr. 21 om utdanningsstøtte til elever og studenter (utdanningsstøtteloven) før slik støtte kan gis. Godkjenning gis av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet etter søknad fra lærestedet. Det er ikke utdanningsinstitusjonen som sådan som godkjennes, men det enkelte studietilbudet. Utdanningstilbud som har eksamensrett og/eller statstilskudd etter privathøyskoleloven vil normalt også godkjennes for utdanningsstøtte. Godkjenning kan imidlertid nektes dersom studieavgiftene er særlig høye, av hensyn til mulighetene for at statens fordring vil bli oppfylt. Praksis de senere år synes å være at godkjenning gis i alle fall når studieavgiftene ikke overstiger 40 000 kroner per år. Hvis utdanningen ikke har eksamensrett/statstilskudd, vil Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet foreta en grundigere vurdering av utdanningstilbudet, hvor det legges vekt på blant annet faglig nivå, timetall og semesterlengde i tillegg til studieavgiftens størrelse. Godkjenning for utdanningsstøtte kan gis til utdanningsinstitusjoner på høyskolenivå og på nivå med videregående skole. Forutsetningen er at utdanningen faglig sett tilfredsstiller de krav som blir stilt i henholdsvis privathøgskoleloven og privatskoleloven.

Statens lånekasse for utdanning gir lån og stipend for heltidsutdanning, men også for deltidsutdanning hvis den i omfang utgjør minst 50 prosent av en heltidsutdanning. Lånekassen gir (i 1998) maksimalt ca. 19 000 kroner årlig i lån for å dekke studieavgifter i privat videregående/høyere utdanning.

Etter de opplysninger utvalget har mottatt fra Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, legger utvalget til grunn at ingen utdanningstilbud innen alternativ medisin i dag er godkjent for utdanningsstøtte, men også at det har vært få, om

noen, søknader om slik godkjenning de siste årene. Det samme gjelder eksamensrett etter privathøgskoleloven.

Referanser

Barnett R.: *Improving Higher Education: Total Quality Care*. Open University Press 1992.

Brandt E. og Hovland G.: *Utdanningsinstitusjoner i alternativ medisin*. NIFU skriftserie 15/98, Norsk institutt for studier av forskning og utdanning 1998.

8.3 ORGANISERING AV ALTERNATIVMEDISINSKE BEHANDLERE

8.3.1 Generelt om organisering

En organisasjon er en sammenslutning av aktører med sikte på å ivareta et felles mål. Vanligvis har den nærmere fastsatte retningslinjer for virksomheten som skal utøves. Virksomheten vil gjerne være rettet inn mot medlemmene i form av tjenester, service m.v. og utover mot andre interessegrupper, myndigheter eller opinionen mer generelt. Slagkraften til en organisasjon vil avhenge av mengden av ressurser som økonomi, heltidsansatte, medlemsstokkens størrelse og beskaffenhets, informasjonsevne, posisjoner i råd og utvalg m.v.

8.3.2 Organisering av alternativmedisinske behandlere

Utvalget sendte ut spørreskjema til 36 foreninger som organiserer alternativmedisinske behandlere. Utvalget vet ikke om alle foreninger er kommet med, ettersom det ikke finnes noe register over foreninger som organiserer alternative behandlere. De alternativmedisinske miljøene ble oppfordret til å gi beskjed til utvalget dersom de visste om foreninger som ikke hadde mottatt spørreskjemaet. 25 foreninger besvarte spørreskjemaet. Fordi noen organisasjoner ikke har besvart, kan oversikten ikke tas som uttrykk for det komplette bildet. To foreninger oppga at de ikke anså seg for å være alternative foreninger og ett mottok vi i retur på grunn av ukjent adresse. Utvalget har ikke kjennskap til hvorfor de resterende åtte ikke besvarte skjemaet.

I tabell 8.3.2 er det en oversikt over foreninger for utøvere av alternativ medisin. Tabellen viser når foreningen ble etablert og hvor mange medlemmer foreningen organiserer per 1. juli 1997.

Tabell 8.2: Medlemsforeninger innen alternativ medisin, når de ble opprettet og antall medlemmer 1. juli 1997.

Organisasjonens navn	Opprettet når	Ant. fullverdige medl./total ant medl. pr 1. juli 1997
Autoriserte Zoneterapeuters Sammenslutning	1986	160
Den Norske Kinesiologi Forening	1989	90/162
Det Norske Healerforbundet	1994	106
Helhetsterapiforbundet	1980	22/38
Nordiska Homeopaters Förbund	1993	7
Norges Landsforbund av Homøopraktikere	1993	135
Norges Naprapatforbund	1993	11/41

Tabell 8.2: Medlemsforeninger innen alternativ medisin, når de ble opprettet og antall medlemmer 1. juli 1997.

Norsk forening for Fyti og Aroma	1997	74
Norsk forening for helhetsmedisin	1988	129/203
Norsk Forening for Klassisk Akupunktur	1978	203/354
Norsk Forening for Psykodrama	1985	150/200
Norsk Forening for Soneterapeuter	1988	140/242
Norsk Gestaltterapeut Forening	1989	102/119
Norsk Institutt for Polaritetsterapi	1989/90	47/90
Norsk Legeforening for Maharishi-Ayur-Veda	1993	7
Norsk Massørforbund	1995	34
Norsk Osteopat Forbund	1993	114
Norske akupunktørers hovedorganisasjon	1995	47/59
Norske Fysioterapeuters Forbunds faglige forum for akupunktur	1990	125
Norske Homeopaters Landsforbund	1930	385/564
Norske legers forening for akupunktur	1980	151
Norske Legers Forening for Antroposofisk medisin	1981	45
Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon	1994	240/436
Société International d'Acupunctur	1946	ca 40 i Norge
Sykepleiernes faggruppe for alternativ medisin	1997	ca 40

Bare to av foreningene eksisterte før 1978. Dette året ble den tredje foreningen opprettet. Tre foreninger kom til i perioden 1980-1984, fem nye i perioden 1985-1989, ti nye kom til i perioden 1990 til 1994 og fire nye foreninger ble opprettet i perioden 1995-1997.

Flere foreninger kan ha blitt opprettet for deretter å ha forsvunnet igjen. Ut fra utvalgets materiale ser det ut til at det har skjedd en formidabel organiseringsvirksomhet av alternativmedisinske behandlere i perioden fra 1978 til i dag, med et klart toppunkt i femårsperioden fra 1990 til 1994.

Videre ser en at fem av foreningene bare organiserer offentlig godkjent helsepersonell. Offentlig godkjent helsepersonell finnes også i flere av de andre foreningene, eksempelvis Norsk forening for helhetsmedisin og Norsk forening for klassisk akupunktur.

Det finnes flere foreninger som organiserer utøvere av hva vi kan kalle samme behandlingsform. Eksempelvis er det i utvalgets materiale fem foreninger som organiserer utøvere av akupunktur, tre som organiserer utøvere av homøopati og to som organiserer soneterapeuter.

Flere foreninger organiserer utøvere av forskjellige alternative behandlingsmetoder. Eksempler på disse er Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon og Norsk forening for helhetsmedisin.

To av foreningene organiserer behandlere fra flere land. Dette gjelder Nordiske Homeopaters Förbund og Société International d'Acupunctur.

Antall fullverdige medlemmer i disse 25 organisasjonene er 2 604. Tar en i tillegg med studentmedlemmer m.fl., kommer en fram til at antallet organiserte i alternativmedisinske foreninger er 3 546.

Utvalget kjenner til at flere er medlemmer i mer enn en av organisasjonene. Hvor mange dette kan dreie seg om, har utvalget ikke kjennskap til. Ved oppslag på

«Gule sider» finner en cirka 2 000. Noen av disse er oppført flere ganger. I «Helsehåndboka 1998» er det listet opp i underkant av 3 000 behandlere. Selv om mange befinner seg i Oslo og omegn, finnes alternativmedisinske behandlere over hele landet. De nevnte oversiktene gir ingen fullgod oversikt over hvor mange som tilbyr alternativmedisinsk behandling. I tillegg må en regne med at det er en del alternativmedisinske behandlere som ikke er organisert og som ikke står oppført på «Gule sider» eller i «Helsehåndboka». Dette gjelder sannsynligvis blant annet en del som har alternativ medisin som bigeskjeft. Utfra utvalgets materiale er det derfor vanskelig å anslå hvor mange som utøver alternativ medisin i Norge i dag.

Referanse

Hernes G. (red): *Forhandlingsøkonomi og blandingsadministrasjon*. Universitetsforlaget 1978.

Schei B. H. (red): *Helsehåndboka 1998*. Faun forlag 1998.

KAPITTEL 9

Helsevesenets holdninger til og bruk av alternativ medisin**9.1 INNLEDNING**

Etter utvalgets oppfatning er det mulig å få et inntrykk av helsevesenets holdninger i forhold til alternativ medisin ved å studere hvilke handlinger, aktiviteter og samhandlingsformer helsevesenet utøver innen alternativ medisin og i forhold til alternativmedisinske behandlere. Det er gjennom observasjon, av de konkrete handlingene som utføres over et visst tidsrom, man best får et innblikk i hvilke holdninger som er styrende. Men det er også slik at handlinger som gjentas mer eller mindre regelmessig, påvirker holdningene som legges til grunn for senere nye handlinger. Vektleggingen av dette samspillet mellom handlinger og holdninger er lagt til grunn for fremstillingen i dette kapitlet og de konklusjoner som følger. I kapitlet er også overordnede styringssystemers holdninger behandlet.

Helsevesenets handlinger og yringsformer ellers overfor alternativ medisin kan innta tre prinsipielt ulike posisjoner, med glidende overganger: avvisende, nøytral eller aktiv positiv. Tradisjonelt har mange i helsevesenet vært *avvisende* til å anbefale eller overhode å ha kontakt med alternativmedisinske miljøer. Det ser ut til å være en tendens i tiden til at mange nå har gått over til en mer *nøytral* posisjon, der man mer eller mindre stilltiende aksepterer forhold vedrørende alternativ medisin som noe som tilhører pasientens eget valg. Avstanden derfra til den *aktive samhandling eller henvisende praksis* må likevel sies å være stor.

9.2 GRUNNLAG FOR SAMHANDLING

Praktisk samhandling mellom helsepersonell med ordinær helsefaglig utdanning og alternativmedisinske utøvere har ofte et tilfeldig, løst og uformelt grunnlag. Helsepersonellens egne holdninger vil i stor grad være styrende for hvordan denne samhandlingen skal skje. Samhandling kan skje på ulike nivåer: i forhold til styring og prioriteringer, i forhold til forskning og faglig utveksling på generell basis eller ved oppfølging av en konkret pasient.

I forbindelse med samhandling er det viktig å være klar over hvem som har mulighet til å definere når samhandling skal skje og på hvilke premisser de kan gå. I dag er det i alt vesentlig eksisterende helsevesen og aktører innenfor det skolemedisinske miljøet som legger premisser hva som er problemer, hvilke sykdommer som bør behandles og hvordan problemene og sykdommene skal behandles. I en samhandlingssituasjon og videre i et samarbeid vil det være nødvendig med likeverdighet mellom skolemedisinske og alternativmedisinske aktører.

Samhandling på generell basis vil ha en samfunnspolitisk betydning som kan gå i ulike retninger. Det kan også få betydning for utvikling av fagområder og helsetjenesten. Grunnlaget for denne samhandlingen og prioriteringer vil være bestemmende for om det totalt sett vil gavne eller belaste befolkningen.

Utgangspunktet for konkret oppfølging av pasienter vil ofte være at disse har oppsøkt alternativmedisinske utøvere og ber om et samarbeid eller en samordning med helsepersonell. Uansett helsepersonellens egne holdninger kan ikke pasientens interesser i disse situasjonene ignoreres. Det vil derfor være en utfordring både for helsepersonell og alternativmedisinske utøvere at et samarbeid mellom ulike behandlere skjer slik at pasienten opplever trygghet og forutsigbarhet, både med hensyn til involvering av pasienten, ansvar og kompetanse.

Samhandling og samarbeid bygger på en rekke forutsetninger. Det forutsettes at helsepersonell og alternativmedisinske utøvere får informasjon fra pasienten: om pasienten og vedkommendes behandlere - og en viss faglig innsikt i hverandres kompetanse og arbeidsmetoder. Informasjon fra pasienten baseres i stor grad på dennes tillit til sine behandlere og vilje til å tilrettelegge for samarbeid. Styrking av - og tilgang på faglig kunnskap hos behandlere på generell basis må derimot anses som en politisk og pedagogisk oppgave. Det kan vanskelig pålegges det enkelte helsepersonell å selv skaffe seg slik kunnskap hvis dette ikke er tatt inn i studiet eller i alminnelig faglitteratur på området. Her må det også tas i betraktning at ingen offentlig instans i dag har ansvar for å ha oversikt og innsikt i alternativmedisinske behandlinger (jf. kapittel 14). Det kan også være grunn for offentlig helsemyndigheter til å skaffe seg en oversikt over innhold i utdanning m.v. (jf. "[Utdanning og organisering av alternativmedisinske utøvere](#)" i kapittel 8).

Samhandling forutsetter i tillegg til denne innsikten, en interesse, eventuelt et pålegg, for dette. I kunnskapskravet vil et sentralt moment være å skape en felles forståelse eventuelt et felles begrepsapparat for samhandling. Først da kan det skje en reell utveksling og samordning av oppfølgingen av pasienten. Dersom det ikke eksisterer en felles forståelse om hvilke momenter et samordnet undersøkelses- og behandlingstilbud skal kunne omfatte, kan det ikke sies å foreligge noe grunnlag for en samordnet oppfølging. Dette betyr ikke at det behøver å være enighet om det vitenskapelige grunnlaget for, betydningen av eller virkningene av de ulike elementer som opplegget omfatter.

I forbindelse med slik samhandling vil en rekke rettsregler sette skranker og gi retningslinjer. Helt grunnleggende er det at undersøkelse og behandling først skjer etter pasientens uttrykkelige eller presumerte ønske. En alminnelig forutsetning for dette er at pasienten er i stand til å gi slik tillatelse. Både ved å ha fått tilstrekkelig kjennskap til de metodene som nyttes, metodenes muligheter og begrensninger, og at pasienten har kompetanse til å gi tillatelse. Videre vil en rekke andre rettsregler knyttet til behandling av informasjon og pasient gi føringer. Opplysninger som formidles mellom ulike behandlere om forhold vedrørende den enkelte pasient må skje med utgangspunkt i pasientens samtykke til slik kommunikasjon. I dag kan det anses å være et hinder for samhandling at alternativmedisinske utøvere, som mottar taushetsbelagt informasjon fra helsepersonell, ikke er pålagt samme plikt til å bevare taushet. Det samme gjelder ansvar for skriftlig dokumentasjon (jf. punkt 14.1.3).

Både faglige forhold knyttet til behandlingen og ansvarsforhold bør være drøftet før det tilbys et samordnet behandlingsopplegg.

9.3 POLITISKE HELSEMYNDIGHETER

Politiske helsemyndigheters holdninger til alternativ medisin kan vanskelig avdekkes på andre måter enn gjennom dokumentasjon. Utvalget har valgt å kun forholde seg til skriftlig offentlig tilgjengelig materiale. Av dette materialet kan det trekkes ut en klar tendens i retning av øket interesse for alternativ medisin, herunder i virkemidler for å skille mellom de metoder som har nytteverdi for pasienter. Mye kan tyde på at offentlige helsemyndigheters interesse for dette området i stor grad er drevet frem av befolkningens etterspørsler etter disse tjenester og informasjon på denne bakgrunn, og ikke ved informasjon på bakgrunn av forskning. Et gjennomgående trekk er derfor at det etterlyses dokumentasjon på effekt og mulighetene til mer offentlig kontroll med dette markedet. Nedenfor gjengis utdrag av Stortingets og departementets behandling av temaet. Gjengivelsen er ikke uttømmende.

9.3.1 Stortinget

Med utgangspunkt i St. meld. nr. 37 (1992-93) «Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid» ble alternativ medisin drøftet i Stortinget. Sosialkomiteen i Stortinget avga Innst. S. nr. 118 (1993-94) «Innstilling fra sosialkomiteen om utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.» Det ble i innstillingen lagt vekt på at pasientens ønske om å bruke alternativ medisin skal tas alvorlig og lagt til grunn at slik behandling har effekt. Samtidig forutsettes det at alternativ medisin ikke gir et entydig innhold og at det er behov for å skille de seriøse fra de useriøse. Det ble pekt på at alternativ medisin har en funksjon i det forebyggende helsearbeidet. Videre at alternativmedisinske terapiformer trekkes inn som samarbeidsparter i den videre forskningen og utbyggingen av miljøer med høy kompetanse i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid. Behovet for å styrke kunnskapsgrunnlaget fremheves.

I innstillingen heter det blant annet:

«Komiteen vil også understreke viktigheten av tverrfaglig samarbeid om vi skal nå de mål vi har satt for det helsefremmende og de mål vi har satt for det helsefremmende og forebyggende arbeid. Foruten skolemedisinen og de tradisjonelle profesjonene i helsevesenet, ser komiteen det som ønskelig at alternativ medisin får sin plass i dette arbeidet. Etter komiteens oppfatning er det i denne sammenheng viktig å videreføre arbeidet med hvordan man kan skille de seriøse fra de useriøse utøverne på dette feltet.»

«Komiteen er kjent med at mange benytter seg av alternativ medisin i dag, med vellykket resultat. Erfaringer viser at alternativ medisin har noe å tilby ved både fysiske og psykiske lidelser. Komiteen ser det derfor som naturlig at seriøse utøvere av alternativ medisin inviteres med på forsøksprosjekter lokalt med sikte på å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeid.»

Under avsnitt om utdanning, kompetanseheving og forskning fremhever Sosialkomiteen at andre enn helsepersonell bidrar med nødvendig kompetanse i det forebyggende helsearbeidet. Det gjelder blant annet lærere, ernæringsfysiologer, samfunnspsykologer, planleggere, ingeniører, administratorer, politi, journalister m.v. Alternativmedisinske utøvere blir ikke nevnt, men det understrekes et behov for å styrke kunnskapsnivået for forebyggende arbeid. Tre nye hovedsatsingsområder blir nevnt: Mental helse og psykososiale problemer, belastningslidelser og ulykker. På disse feltene anses det å være et særlig stort behov for forskning som kan gi innsikt i de risikoforholdene og prosessene som har sammenheng med sykdom og helse. Videre står det:

«Komiteen ser det som nødvendig at det bygges opp flerfaglige forskningsgrupper og miljøer med høy kompetanse innen de områder som er relevante i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid. I den sammenhengen vil det være naturlig å trekke inn alternative terapiformer.»

I den påfølgende behandling i Stortinget ble det reist flere problemstillinger knyttet til alternativ medisin. Med utgangspunkt i disse problemstillingene ble Aarbakkeutvalget nedsatt (jf. *"Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsmåte"* i kapittel 1).

St. meld. nr. 50 (1993-94) behandles i Innst. S. nr.165 (1994-95). Under *"Begrepsdiskusjon og vitenskapssyn"* i kapittel 3 om «Prioritering: Prinsipper og prosesser» kommenterer komiteen stortingsmeldingens merknad om vurdering av bruk av alternativmedisinsk behandling:

«Komiteen sier seg også enig i økt vektlegging på behandlingens forventede effekt. Dette tilsier at det ikke er noe til hinder for å nytte alternative behandlingsformer når behandlingen har dokumentert nytteverdi.»

9.3.2 Sosial- og helsedepartementet

Stortingsmeldingene 37 (1992-93) «Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid» og 50 (1993-94) «Samarbeid og styring» viser at Sosial- og helsedepartementet trekker frem at andre utenfor skolemedisinen kan bidra i forhold til en bedre helse. Imidlertid forventes det at de behandlingsformene som settes inn har en dokumentert effekt.

Det blir pekt på at endrede samfunnsforhold fører til endrede helseproblemer. Blant annet ligger St.meld. nr. 37 (1992-93) til grunn for senere vedtak og dokumenter som trekker frem alternativ medisin som en viktig bidragsyter i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid. I meldingen heter det blant annet:

«Helse- og sosialsektorens personellgrupper representerer bare en liten del av den kompetansen som er nødvendig i helsefremmende og forebyggende arbeid. Lærere, ernæringsfysiologer, planleggere, ingeniører, administratorer, politi, journalister, ansatte og tillitsvalgte m.fl. vil være viktige medarbeidere.»

I St.medl. nr. 50 (1993-94) diskuteres blant annet prioriteringer i helsetjenesten, herunder tiltakets forventede effekt og betydningen av dokumentert nytteverdi. Det sies blant annet:

«Det har vært stor fokusering på alternativ behandling de senere årene. Det viser seg for eksempel at 25-40 prosent av kreftrammede pasienter søker alternativ behandling som ikke er dokumentert nyttig. Prinsipielt er det ikke noe i veien for å benytte alternative behandlingsformer i den grad behandlings forventede effekt kan dokumenteres gjennom studier og ved gjennomgang av medisinsk litteratur. Alternative behandlingsformer bør samtidig vurderes i lys av ønsket om å slippe til forsøk/eksperimentell behandling som også kan komme andre pasienter til gode. På den annen side innebærer bruk av alternative behandlingsmetoder en risiko for at annen behandling ikke settes i gang og at sykdommen forverres. Pasienten bør informeres om forventet nytteverdi og risiko for at effekten av skolemedisinen uteblir eller forsinkes, samt de personlige og økonomiske kostander som kan følge, hvis behandlingen ikke fører frem.»

I St.prop. nr. 61 (1997-98) «Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus» problematiseres dette ytterligere. Forholdet til gjeldende lovgivning trekkes frem. Det står blant annet:

«... undersøkelser viser at mange pasienter med kreftsykdom bruker alternativ medisin i forsøkene på å helbrede sin sykdom eller lindre sine plager. Dette har vært et vanskelig tema for mange pasienter å ta opp med sine leger, fordi det etter kvaksalverloven er forbudt for enhver som ikke er lege å behandle kreft.»

Videre henvises det til arbeidet som er igangsatt i Aarbakke-utvalget, med en forpliktende uttalelse om at departementet på denne bakgrunn vil vurdere hvilken rolle alternativ medisin skal ha innenfor kreftbehandling i Norge.

9.3.3 Fylkene og kommunene

Utvalget har tilskrevet samtlige fylkeskommuner og bedt om opplysninger om det er fattet vedtak i folkevalgte organer som viser holdninger i spørsmål som berører alternativmedisinsk behandling. Fylkene er også bedt om å gi opplysninger om den administrative praksis når det gjelder økonomiske tilskudd til alternativmedisinsk virksomhet.

Det er innkommet svar fra Buskerud, Finnmark, Hordaland, Nord-Trøndelag, Oppland, Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag, Telemark, Troms, Vest-Agder, Vestfold og Østfold. Ingen av disse har opplysninger om at folkevalgte organer har tatt stilling til spørsmål vedrørende alternativmedisinsk behandling. Fylkeshelsesjefen i Nord-Trøndelag skriver at alternativ medisin har en betydelig tradisjon i fylket som supplement til den vitenskapelig fundamenterte medisin (skolemedisin) uten at fylkeshelsesjefen har kjennskap til at denne tradisjonen har vært belastet de offentlige budsjettene. To fylkeskommuner (Troms, Vest-Agder) opplyser at søknader om tilskudd vil bli behandlet på linje med søknader om tilskudd fra frivillige organisasjoner.

9.3.4 Politiske partier

Utvalget har henvendt seg til de politiske partiene for å få frem eventuelle synspunkter på alternativ medisin. Utvalget har valgt å bruke tilsendt skriftlig materiale. Muntlig informasjon er ikke tatt med. Fem partier har gitt skriftlig materiale. Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig folkeparti omtaler ikke alternativ medisin i sine programmer. Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Venstre har formuleringer om alternativ medisin i sine programmer. I hovedsak gjøres det ved en understreking av alternativmedisinens betydning, og spesielt at det skal vises respekt for pasientens ønsker om valgfrihet. Et nærmere samarbeid mellom helsevesenet og alternativ medisin blant annet basert på forskning og fagutvikling stilles opp som målsetting. Enkelte forespeiler også at trygden skal dekke kostnader til alternativ medisin.

I Arbeiderpartiets program står det blant annet:

«Det er naturlig og viktig både for samfunn og individ å stadig lete etter nye muligheter til å forebygge og kurere sykdom og lidelser. Interessen har vært økende for alternative behandlingsformer. De kan være alt ifra tradisjoner som har egen yrkeskvalifisering og dokumenterte resultater, til metoder med uklare effekter. De alternativmedisinske tradisjonenes vektlegging av kosthold, livsstil og de menneskelige sidene ved behandlingen har hatt viktige ringvirkninger. Pasientens beste må uansett være utgangspunkt for nytenkning og omstilling. Ofte vil mangfold i seg selv ha verdi for å bygge opp en bredere erfaringsbakgrunn. Det bør derfor gjennomføres en mer systematisk forskning og evaluering av de ulike alternative behandlingsformene, slik at man bedre kan vurdere deres muligheter og fremtidige plass i det totale helsestellet. I helsevesenet må det legges bedre til rette for at leger og sykepleiere skal kunne skaffe seg kunnskaper om alternative behandlingsformer gjennom etter- og videreutdanning.»

I Senterpartiets program står det blant annet:

«Det er stadig flere pasienter som benytter seg av alternativ medisin. Sp er positiv til alternative behandlingsformer, og har ment at arbeidet med å anerkjenne og styrke alternativ medisin må intensiveres. Det er imidlertid viktig å skille mellom seriøse og useriøse utøvere. Utbredelsen av bruk av alternativ behandling, effekten av alternativ medisin og betydningen av ul-

like former for alternativ medisin for pasienter har hittil ikke vært godt nok dokumentert eller beskrevet. Alle partier er enige om at det er behov for å fjerne useriøse utøvere fra markedet. Dette kan åpne for at alternativ medisin får en større plass innen skolemedisinen. Det ble våren 1997 satt ned et offentlig utvalg som skal utrede hvorvidt ulike former for alternativ medisin bør ha plass i det etablerte helsevesenet. Utvalget skal også utarbeide forslag til aktuell lovregulering av alternativ medisin. Behandling hos seriøse utøvere av alternativmedisinske behandlingsformer må etter Senterpartiets mening på sikt gi rett til refusjon fra Folketrygden.»

Sosialistisk Venstreparti skriver at de vil arbeide for større aksept for alternativmedisinske behandlingsmåter og valgfrihet av behandlingsform når det er mulig å velge. Venstre uttaler at det offentlige også bør kunne benytte private tilbud og tilbud i utlandet når det offentlige behandlingstilbudet ikke strekker til og at alternativ medisin i større grad må være et offentlig ansvar. Det tverrpolitisk folkevalgte kystpartiet som i dag har en representant på Stortinget, skriver i sitt program at også alternativmedisinske behandlingsmetoder i utgangspunktet må dekkes av Folketrygden.

9.4 HELSETILSYNET OG FYLKESLEGENE

Utvalget kjenner ikke til at det foreligger klare uttalelser fra tilsynsetaten som viser noen generell holdning til alternativ medisin. Helsetilsynets uttalte mål og prioriteringer omfatter ikke alternativ medisin. Det innebærer imidlertid ikke at Helsetilsynet kan unngå å forholde seg til alternativ medisin. Gjennom klager på alternativmedisinske utøvere og helsepersonell som anvender alternativmedisinske behandlingsmetoder, forespørsler fra helsepersonell, organisasjoner og lignende, tar Helsetilsynet stilling til forhold som gjelder alternativ medisin. Helsetilsynets og fylkeslegenes holdninger kommer til uttrykk ved behandlingen av enkeltsaker og til dels gjennom rundskriv. Det kan også komme til uttrykk ved kunnskapsnivået, interesse, annen aktivitet - eller mangel på denne.

Utvalget har ikke fått kjennskap til at tilsynsetaten har inntatt en aktiv holdning til alternativ medisin - eller at det har blitt igangsatt tiltak for å systematisk opparbeide kunnskap om alternativ medisin. I 1992 ble det avgitt en rapport om akupunktur, med følgende hovedkonklusjoner:

- akupunktur kan ha en viss effekt i forhold til smerter
- adgangen til å anvende akupunktur burde beholdes fysioterapeuter og leger.

I klagesaker mot helsepersonell som anvender alternativ medisin, er det i hovedsak profesjonslovene som danner grunnlag for tilsynsetatens vurderinger (jf. kapittel 10).

Helsetilsynet vurderer om den aktuelle behandlingsmetoden ligger innenfor den enkelte helseprofesjons vitenskapelige grunnlag eller fagtradisjon. Aktiviteter som ikke hører inn under fagtradisjonens handlingsrom, vil lett komme i strid med kravet til forsvarlighet (jf. kapittel 10).

Forsvarlighetskravet er dermed tolket som å omfatte mer enn et kvalitets- og sikkerhetskrav. I motsatt tilfelle ville Helsetilsynet måtte vurdere den enkelte metode konkret utfra disse hensyn, og utfra utøverens kompetanse, noe som hadde forutsatt kunnskap om alternativ medisin.

Dette innebærer at det i praksis er lite rom for individuelt tilegnede ferdigheter som ikke står i en tydelig fagtradisjon der vedkommende har sin tilhørighet. Dette gjelder også der ferdigheter utøvet innenfor en annen fagtradisjon kan være forsvarlig. Det er fagtradisjonen som tillegges størst betydning og ikke en konkret vur-

dering av den alternative metoden. Metoden vil imidlertid også ha betydning hvor det uten særskilt kunnskap er åpenbart at den kan utsette pasienten for unødvendig risiko eller ikke vil ha effekt.

Helsetilsynet har fått forelagt seg spørsmål om sykehus og andre helseinstitusjoner kan og bør tillate pasienter å motta alternativmedisinske behandlere under opphold i institusjon. I den såkalte Tromsø-saken viste Helsetilsynet til den avveining som må foretas mellom hensynet til faglig forsvarlighet og hensynet til pasienter adgang til medbestemmelse og valgfrihet. I og med at forsvarlighetskravet står sentralt også her, er det av stor betydning å avklare innholdet i forholdet til alternativ medisin. Innholdet i dette kravet vil endres med tid og utvikling, i likhet med andre rettslige standarder:

«... leger (kan) ikke etter legelovens bestemmelser pålegges å gi/administrere uvitenskapelig alternativ behandling, men legen er i legeloven pålagt å involvere pasienten i eget behandlingsopplegg med muligheter for pasienten selv til påvirkning. Pasientens ønske om udokumentert/alternativ behandling bør således vurderes konkret og helhetlig ...»

(Brev fra Helsetilsynet til Prof. dr.med. Erik Wist, Regionsykehuset i Tromsø, 10. januar 1994.)

Så lenge behandlingen kan anses faglig forsvarlig, mener Helsetilsynet at sykehus og helsepersonell bør strekke seg langt i å imøtekomme pasientens ønsker. Helsetilsynet sendte ut et rundskriv om helsepersonell og alternativ medisin i oktober 1995 hvor disse momenter ble fremhevet. Dette kan anses være et skritt i retning av en mer åpen holdning til alternativ medisin, herunder vektlegging av pasienters ønsker:

«Pasienter bør etter eget ønske ha anledning til å benytte alternative behandlere under bestemte forutsetninger, også under sykehusopphold. - Behandlingen må være genuint ønsket av pasienten og ikke fremkommet etter utilbørlig påvirkning fra pårørende og andre som pasienten er knyttet til. - Den må ikke komme i konflikt med annen behandling som sykehuset tilbyr. - Den alternative behandlingen må ikke medføre fare for pasienten, og ikke være til plage for andre pasienter. - Den må ikke påføre sykehuset noe form for ansvar, verken medisinsk eller økonomisk.»

(Brev fra Helsetilsynet til landets sykehus, Fylkeslegene, Norsk Sykepleierforbund og Den norske Lægeforening, datert 30. oktober 1995.)

Når det gjelder utøvere som ikke er helsepersonell, benyttes kvaksalverloven og straffeloven som grunnlag for å vurdere overtredelser. Eventuelle overtredelser politianmeldes. Kvaksalverloven gir lite rom for nyansering mellom seriøse og useriøse utøvere. En klar tendens er at Helsetilsynet har tolket kvaksalverloven strengt i retning av vide monopoler for leger (og tannleger) når det gjelder bruk av bestemte behandlingsmetoder og behandling av bestemte sykdommer. Dette er gjort ved at ordlyden i lovteksten er forstått slik at «operative inngrep» omfatter ethvert nålestikk og «syke i kur» omfatter mer enn selve den målrettede behandlingen, forebygging, lindring m.v. Begrunnelsen for denne praksisen kan være ønsket om å beskytte pasienter mot å bli skadet som følge av behandling gitt av andre enn leger og tannleger. At Helsetilsynet går så vidt langt i å sette restriksjoner for annen behandlervirksomhet kan være et uttrykk for en holdning til alternativ medisin, eventuelt til pasientens autonomi og valgfrihet. Men denne praksisen må også ses i lys av manglende og unyansert lovgivning.

9.5 HELSEUTDANNINGER

Det har siden midten av 1980-årene vært en økning i integrering av alternativmedisinske fag ved flere utdanningsinstitusjoner for helsepersonell. Noen undervisningssteder har etablert endagsseminarer, og noen har integrert denne undervisningen som en del av sin fagplan.

Eksempel på dette kan være undervisning som tilbys ved Menighetssøsterhjemmets sykepleierskole, Diakonhjemmets sykepleierskole, Ullevål sykepleierhøgskole, reseptarutdanningen og ergoterapiutdanningen ved Høgskolen Oslo og Det medisinske fakultet i Oslo. Undervisningen har vært på 4-6 timer med tema som historikk, forskjell og likhet mellom alternativmedisinsk og skolemedisinsk behandling, situasjonen i Norge (utdanning, lover, foreninger), de ulike behandlingsformene, homøopati (1 time inkludert historie, prinsipper, praksis, forskning) og akupunktur (1 time inkludert historie, prinsipper, praksis, forskning). Undervisningen gir en orientering om fagene, fagmiljøene og forskningen på områdene. Den gir ikke praksis i bruk av metodene.

Utvalget har tilskrevet offentlige helseutdanningsinstitusjoner (mars 1998) og forespurgt om og i tilfelle i hvilket omfang det tilbys undervisning i alternativ medisin og hvilke holdninger institusjonene har til alternativ medisin. Følgende skoler har besvart spørsmålene:

- Fysioterapiutdanning
 - Høgskolen i Oslo, Oslo
- Medisin
 - Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim
 - Universitetet i Bergen, Bergen
 - Universitetet i Oslo, Oslo
 - Universitetet i Tromsø, Tromsø
- Odontologi
 - Universitetet i Bergen, Bergen
- Psykologi
 - Universitetet i Tromsø, Tromsø
 - Universitetet i Trondheim, Trondheim
- Sykepleierutdanning
 - Diakonhjemmets høgskolesenter, Oslo
 - Diakonissehjemmets høgskole, Bergen
 - Høgskolen i Agder, Kristiansand S
 - Høgskolen i Bodø, Bodø
 - Høgskolen i Harstad, Harstad
 - Høgskolen i Hedmark, Elverum
 - Høgskolen i Nord-Trøndelag, Steinkjer
 - Høgskolen i Oslo, Oslo
 - Høgskolen i Stavanger, Stavanger
 - Høgskolen i Stord/Haugesund, Haugesund
 - Høgskolen i Telemark, Porsgrunn
 - Høgskolen i Tromsø, Tromsø
 - Høgskolen i Ålesund, Ålesund
 - Menighetssøsterhjemmets sykepleierhøgskole, Oslo
- Vernepleieutdanning

- Høgskolen i Akershus, Bekkestua
- Høgskolen i Harstad, Harstad

Tendenser i svarene er at alternativ medisin er lite vektlagt eller at det er et ikke-tema, og at det ikke inngår i pensum. Svarene illustrerer likevel visse forskjeller i holdninger til å trekke alternativ medisin inn i undervisningen. Flere av høyskolen stiller seg positive til alternativ medisin og undervisning på disse områder. Det uttales blant annet: «... noen har en åpen holdning men ikke fulgt det opp i praksis ...», «... vurdert etablering av studie tilbud ...», «... Instituttet stiller seg positivt til et mulig fremtidig samarbeide og kan se mange spennende forskningsmessige perspektiver i et slik samarbeide ...», «... Positiv holdning med ønske om systematisk undervisningsopplegg som kan gi studentene kunnskap og forståelse ...», «... bør berøres i sykepleieutdanning ...», «... temaet er av stor interesse og det ønskes derfor en større fokusering på dette ...». Noen mener likevel at dette ikke bør prioriteres; «... i gjeldende ramme- og fagplan kan vi i liten grad prioritere å gi studentene innføring i alternativ medisin ...». Fra et medisinsk fakultet pekes det på at «... som medisinsk læreinstitusjon bør fakultetet bekjenne seg til rasjonaliteten og den forskningsbaserte vitenskap ...».

Ut fra de svarene utvalget har fått, går det ikke frem at det er forskjeller i uttalelsene fra universitetene og uttalelsene fra høyskolene.

Det må her som ellers tas forbehold om noe ulik forståelse av innholdet i begrepet alternativ medisin, slik at enkelte metoder som tidligere ble regnet som tilhørende alternativmedisinske utøvere nå kan være implementert i de tradisjonelle helsefagene. Det samme gjelder vektleggingen av enkelte tiltak, som for eksempel kosthold.

9.6 FORSKNINGSMILJØER

Generelt er det vanskelig å avdekke hvilke holdninger tradisjonelle forskermiljøer i Norge har til alternativmedisinsk behandling. Tidligere har det vært lite forsket på alternativ medisin i Norge. Det kan tyde på en manglende interesse for - eller oppmerksomhet mot dette fagområdet. De senere årene er det imidlertid en klar tendens i retning av øket forskningsinnsats. Fokus på forskning har ført til mer enn bare «rene» forskningsprosjekter. Det har i tillegg bidratt til tiltak som kurs og metodeopplæring og stimulert en interesse for forskning.

Norges forskningsråd har siden 1993 hatt et forskningsprogram innen området alternativ medisin. Målsettinger med programmet er i følge programnotatet å oppnå forskningsbasert viten om alternativmedisinske behandlingsmetoder, bidra til interesse for og økt kompetanse innen alternativmedisinsk forskning og bidra til økt respekt for alternativ medisin blant utøvere av alternativ såvel som etablert medisin. Hvert år fra 1993 er det avsatt midler i dette forskningsprogrammet. I 1998 var beløpet 2 millioner kroner.

Kreftforeningen har satt av 1 million kroner per år i forskning på alternativ medisin i forbindelse med kreft. Første møte i programkomiteen for disse midlene var i juli 1998.

Opprettelse av NFAM (Norsk forskningsfond for alternativ medisin) og virksomheten der har også bidratt til forskning, selv om omfanget og ressursbruken er beskjedne. Initiativet til NFAM kom fra en rekke alternativmedisinske forbund. Dette viser en vilje til å arbeide med systematisk forskning blant organiserte alternativmedisinske utøvere

9.7 OFFENTLIGE OG PRIVATE HELSEINSTITUSJONER

Utvalget har forsøkt å danne seg et bilde av bruken av alternativ medisin ved forskjellige institusjoner i det etablerte helsevesenet for å se om praksis kan avdekke holdninger til alternativ medisin. Det er en tendens i de offentlige helseinstitusjonene i de senere årene at enkelte metoder som er regnet som alternative er tatt i bruk. I all hovedsak er det offentlig autorisert/godkjent helsepersonell, og bare i liten grad alternativmedisinske utøvere, som yter disse tjenestene i helseinstitusjoner. Derimot tillater offentlige institusjoner i større grad enn tidligere at pasienter mottar sine alternativmedisinske behandlere mens de oppholder seg i en helseinstitusjon, jf. Tromsø-saken og Helsetilsynets uttalelse i den forbindelse.

Utvalget har fått kjennskap til at akupunktur blir brukt av flere helseinstitusjoner. Akupunktur brukes aktivt i behandlingen, og flere institusjoner vurderer å tilsette personell med kompetanse innen akupunktur. Det gjelder særlig ved smerteklinikker og fødeavdelinger.

Ved *Aker sykehus*, smerteklinikken, er det ansatt en alternativmedisinsk behandler (akupunktør/homøopat) på timebasis tre dager i uken, som deltar på ukentlige tverrfaglige møter. Ellers utøver fysioterapeut/manuell terapeut og en sykepleier akupunktur ved behov. Alle disse har treårig utdanning i akupunktur. Det meste av akupunkturbehandlingen gis poliklinisk. Den utføres etter henvisning/vurdering hos lege, og seksjonsansvarlig overlege er ansvarlig for behandling. Behandlingen avsluttes med time hos lege. Det benyttes takster for poliklinisk smertebehandling.

Ved barneavdelingen vurderer barnerehabiliteringsteamet å ansette sykepleier-akupunktør for behandling av anoreksi hos eldre barn. Det kan også nevnes at flere jordmødre ved fødeavdelingen har akupunkturutdanning.

Ved *Sentralsykehuset i Akershus*, smerteklinikken, er det ansatt sykepleier med treårig utdanning i akupunktur i halv stilling for å utøve akupunktur. Akupunkturbehandling gis primært poliklinisk og utføres etter henvisning/vurdering hos lege. Seksjonsansvarlig overlege er ansvarlig for behandling. Behandlingen avsluttes med en time hos lege. Akupunktøren deltar i ukentlige tverrfaglige møter. Det benyttes takster for poliklinisk smertebehandling. Ved fødeavdelingen er det flere jordmødre som har akupunkturutdanning.

Ved *Vestfold sentralsykehus*, smerteklinikken, er det ansatt fysioterapeut med treårig utdanning i akupunktur som gir akupunkturbehandling på timebasis (engasjement). Akupunkturbehandling gis primært poliklinisk og utføres etter henvisning/vurdering hos lege. Seksjonsansvarlig overlege er overordnet ansvarlig for behandlingen. Behandlingen avsluttes med en time hos lege. Akupunktøren deltar i ukentlige tverrfaglige møter. Det benyttes takster for poliklinisk smertebehandling.

Ved *Regionsykehuset i Trondheim*, smerteklinikken, har seksjonsansvarlig overlege «Legekurs i akupunktur». Akupunkturbehandling gis både poliklinisk og til inneliggende pasienter. Pasienten henvises også utenfor sykehuset.

Sunnaas sykehus har fysioterapeut med treåring utdanning i akupunktur som utfører akupunktur på slagpasienter i forbindelse med rehabilitering. Dessuten ble det for noen år siden gjennomført en studie av effekt av akupunkturbehandling ved lammelser. I den forbindelse ble det brukt utdannede kinesiske akupunktører.

Ved *Haukeland sykehus*, smerteklinikken, henvises enkelte pasienter til akupunktør utenfor sykehuset etter vurdering og utredning.

Ved *Ullevål sykehus*, fødeavdelingen, er det flere jordmødre som har akupunkturutdanning for å benytte denne kompetansen i forbindelse med fødsler.

Utvalget er kjent med at sentralsykehusene i Møre og Romsdal, Vest-Agder og Buskerud, og Det Norske Radiumhospital vurderer å ansette akupunktør.

Flere av institusjonene som er godkjent etter forskrift av 7. oktober 1991 om opptreningsinstitusjoner (rekonvalesenthjem og kurbad) har tilleggstilbud om råd-

givning eller behandling bygget på alternativmedisinske behandlingsprinsipper, hovedsakelig når det gjelder kosthold og kostbehandling.

9.8 AUTORISERT/OFFENTLIG GODKJENT HELSEPERSONELL/STUDENTER

Med helsepersonell menes offentlig godkjent og autorisert helsepersonell, eller de som etter helsepersonellovgivningen til enhver tid regnes som helsepersonell. Det er leger, tannleger, jordmødre, vernepleiere, sykepleiere, fysioterapeuter, hjelpepleiere, m.fl. (jf. "*Brukerne av alternativmedisinske behandlingsformer*" i kapittel 7).

Helsepersonells holdninger til alternativ medisin fremtrer gjennom deres praksis, og kan variere fra å være avvisende, passiv, nøytral til aktiv og inkluderende (jf. punkt 9.2.). Tidsmessige, geografiske, faglige, kulturelle og lovmessige betingelser bidrar til å styre disse holdninger. Det ligger i sakens natur at vektlegging av dokumentasjon og vitenskapelig utprøving vil variere etter faglig nivå og kompetanse. Tilsvarende gjelder for vektlegging av pasient- og omsorgsperspektiv. Hva som tillegges størst vekt, vil dermed ha betydning for valg eller aksept av behandling og for innstilling til alternativ medisin og alternativmedisinske utøvere. Helsepersonells rolle og funksjon vil også ha betydning for disse valgene.

Man vet lite om hvorvidt helsepersonell har endret sine holdninger til alternativ medisin i løpet av de siste årtier. Vi vet at alternativ medisin er mer brukt enn tidligere i befolkningen sett under ett, men i hvilket omfang disse holdningene også gjenspeiles blant aktørene i helsevesenet er ikke kjent. Som det fremgår i kapitlet foran om helseinstitusjoner, vet vi imidlertid at alternativmedisinske metoder blir anvendt av helsepersonell og at det også blant helsepersonell er en økende interesse for og fokus på alternativ medisin.

9.8.1 Sammenligning mellom grupper

I den senere tiden har flere undersøkelser vært publisert hvor norsk helsepersonells forhold til og bruk av alternativ medisin har vært belyst. I det følgende presenteres først et sammendrag av hovedfunnene i disse undersøkelser før de beskrives nærmere. Holdningene til alternativ medisin blant helsearbeidere i utlandet omhandles i slutten av kapitlet, som avsluttes med en litteraturliste.

9.8.2 Sammendrag

Sykepleiere synes å være hyppigere brukere av alternativ medisin enn det en finner blant befolkningen for øvrig, mens leger benytter slike metoder mot egne lidelser sjeldnere enn andre grupper i samfunnet. I hvilken grad sykepleiere skiller seg ut fra annet helsepersonell som fysioterapeuter, hjelpepleiere og andre er ukjent. Flere studier har vist hyppigere bruk av alternativ medisin blant kvinner i befolkningen enn blant menn. En gjenfinner dette også blant kvinnelige leger og sykepleiere. I flere av studiene som er utført på 90-tallet finner en også at kvinners holdninger til informasjon og økt kunnskap om alternativmedisinsk behandling er langt mer positive enn det en finner blant menn. I enkelte studier finner en at helsepersonellens kjønn tilsynelatende betyr mer enn alder og stilling i forhold til hvilke råd en vil gi pasienter vedrørende alternativ behandling. I alle studier finner en samtidig at yngre helsearbeidere er mer positive til alternative behandlingsformer enn eldre kolleger. En finner også en klar forskjell mellom sykehusleger og allmennleger der disse siste

er mer positive til pasientenes ønsker om bruk, informasjon og samarbeid med andre terapitradisjoner enn den klassiske skolemedisinen.

Uavhengig av legens kjønn aksepterer legen enkelte terapier og forkaster andre behandlingstradisjoner som ubrukelige. Blant norske leger er det særlig akupunktur som aksepteres. Andre terapier som antas å ha nytte er urtemedisin og kostbehandling (enkelte dietter). Terapier som fotsoneterapi, homøopati og healing forkastes av de aller fleste norske leger.

Blant sykepleiere er det mange som også har stor tiltro til disse siste terapiformene. På samme måte som legene uttrykker klare skiller mellom terapiene de tror på og de som vurderes som ubrukelige, finner en skarpe skiller mellom sykdomsgruppene hvor de mener terapiene kan benyttes. En studie utført blant medlemmer i Den norske lægeforening viser at noen av legene tror på akupunktur ved smertebehandling, men ikke som behandling ved astma. I studien utført i Tromsø oppgir legene at de tror på en mulig effekt av alternative terapiformer ved sykdommer som migræne og diffuse muskel/skjelettplager. Sykdommer der en har annen god terapi eller der sykdommen regnes som farlig (for eksempel kreftsykdommer) mener legene ikke egner seg for behandling med andre metoder enn de såkalte skolemedisinske.

Noen sykepleiere tror en kan behandle de fleste sykdomstilstander med alternative metoder. Ved tilstander der en ikke har tilfredsstillende skolemedisinsk behandling eller der pasientenes sykdom er så alvorlig at pasienten har et kort liv uavhengig av behandling eller ikke, mener mange helsearbeidere at pasientens ønske må være det som teller mest ved valg av terapi.

9.8.3 Helsepersonells kunnskaper og holdninger om alternativ medisin

Nærmere to tredjedeler av legene mener at de har gode eller middels gode kunnskaper om akupunktur mens bare cirka en tredjedel angir middels gode kunnskaper om homøopati. Når det gjelder andre terapiformer er det bare et fåtall av legene som har tilsvarende kunnskaper.

Bare to til tre prosent av legene hadde formell utdanning i noen alternative terapiformer. En av ti leger har kurs i akupunktur. I kontrast til det lave antallet leger som har noen form for utdanning i alternative terapier, finner en at de fleste mener at legene burde ha en viss kunnskap om de viktigste alternative terapiformene. I undersøkelsen utgått fra legeforeningens medlemmer fant en at 4 prosent av legene praktiserte akupunktur selv og 1 prosent praktiserte urtemedisin, mens bare 0,2-0,3 prosent praktiserte noen av de andre formene. Hele 65 prosent av respondentene hadde en eller flere ganger henvist pasienter til akupunktur mens bare 1-3 prosent henviste til andre former for behandling. 11 prosent av legene hadde regelmessig samarbeid med akupuktør, mens svært få hadde slikt samarbeid med utøvere av andre terapier. Alle legene som praktiserte akupunktur i denne undersøkelsen var menn.

Noe under halvparten av medlemmene i Den norske lægeforening mente alternativ medisin burde ha en plass i studiet, og et lignende antall at en burde tilby slik kunnskap i etterutdanningskurs for leger. I en studie beskrevet blant helsearbeidere i Helseregion Nord finner en lignende funn. I denne undersøkelsen sammenlignet en holdninger og bruk av alternativ medisin blant leger, sykepleiere og kontoransatte. Færre leger var positive til alternative terapier (16 prosent) i forhold til sykepleiere og kontorphersonell, der begge grupper var positive i over 70 prosent av tilfellene. En finner at sykepleiere i undersøkelsen ønsker mer åpenhet og informasjon enn det legene mener er nyttig. Bare en tredjedel av legene mente at temaet var tabubelagt og få mente at mer åpenhet var nødvendig. 61 prosent av sykepleierne

syntes det var tabuer rundt alternativ medisin, og omtrent halvparten ønsket mer åpenhet. Flest kvinner, yngre personell, samt sykepleiere og kontorpersonell mente at en kunne lære noe av alternativ medisin. Blant legene skiller de unge, kvinnene og de som er utdannet i utlandet seg ut med positive holdninger til alternative terapiformer, mens eldre overleger ved sykehus synes å være blant dem med mest negativt syn på disse terapiene. I en undersøkelse blant medisinerstudenter i Tromsø fra 1992 finner en at over halvparten av studentene er positive til å forsøke akupunktur hos sine fremtidige migrenepasienter. Det påpekes i undersøkelsen at studentenes holdning til akupunktur gradvis blir mindre positiv i løpet av studiet. I en annen undersøkelse blant leger vedrørende deres holdninger og bruk av homøopati fant en at cirka en tredjedel av legene beskriver seg som positive i sine råd når pasientene ønsker slik behandling.

9.8.3.1 *Bruk av alternativmedisinsk behandling blant helsepersonell*

Akupunktur er den behandlingsform flest leger er blitt behandlet med, praktiserer selv, henviser til eller samarbeider med. Undersøkelsen blant legeföreningens medlemmer viser at 9 prosent av legene en eller flere ganger selv var behandlet med akupunktur. De andre terapiene som var representert i denne undersøkelsen var: urtemedisin 5 prosent, homøopati 4 prosent, fotsoneterapi 4 prosent og healing 1 prosent. I den sammenlignende studien fra Nord-Norge fant en at 12 prosent av legene, 32 prosent av sykepleierne og 46 prosent av kontorpersonalet selv hadde brukt alternative terapiformer for egen sykdom. Omtrent halvparten av brukerne hadde benyttet mer enn en metode. Akupunktur og homøopati var de mest brukte behandlingsmetodene. Legene hadde mest tiltro til akupunktur og urtemedisin, lite tiltro til andre metoder, mens sykepleiere og kontorpersonell hadde stor tiltro til de fleste metoder, kanskje unntatt helbredelse ved bønn og healing. I Aarbakke-undersøkelsen (jf. "[Brukerne av alternativmedisinske behandlingsformer](#)" i kapittel 7) svarte vel to tredjedeler av deltagerne ansatt i helsevesenet, og som ikke tidligere hadde benyttet alternative behandlere, at de kunne tenke seg å gjøre dette en gang i fremtiden. Akupunkturbehandling var den terapiform de fleste kunne tenke seg å benytte. Metoder som homøopati, smerteterapi og naturmedisiner ble også oppgitt av mange som mulige fremtidige behandlingsmuligheter.

I undersøkelsen utgått fra legeföreningens medlemmer fant en ingen sikker forskjell i bruk av alternativ medisin blant kvinnelige og mannlige leger. Imidlertid finner man en slik forskjell når man ser på leger som arbeider ved medisinske og kirurgiske avdelinger der betydelig flere kvinner enn menn har benyttet alternative terapier (26 prosent versus 13 prosent). Denne forskjellen mellom kjønnene er svært tydelig i studien fra Nord-Norge. Kvinnelige leger var her brukere av alternativ medisin i hele 23 prosent av tilfellene, mens mannlige leger bare har benyttet slike metoder i 7 prosent av tilfellene. Den samme kjønnsforskjellen knyttet til bruk av alternativ medisin finner vi mellom kvinnelige og mannlige sykepleiere, der bare 10 prosent av mennene var brukere.

9.8.3.2 *Ved hvilke lidelser kan alternativmedisinske terapiformer benyttes?*

I studien fra Tromsø finner en at legene har tro på alternative terapier ved sykdommer som angst, fibromyalgi og migrene, mens sykepleiere har tro på alternative behandlingsformer også ved mange andre lidelser (jf. tabell. 9.1).

Tabell 9.1: Sykdomstilstander hvor helsearbeidere mente at alternativmedisinsk behandling kunne ha effekt (oppgitt i prosent)

Sykdomstilstand	Leger	Sykepleiere
Øvre luftveisinfeksjoner	8	42
Kreft	7	38
Revmatisme	11	56
Allergi	12	63
Migrene	21	69
Fibromyalgi	33	64

I en undersøkelse blant norske leger vedrørende deres bruk og forhold til homøopati beskrives det at de vanligste tilstandene der legene (menn/kvinner) ville være positive til å prøve homøopati var ved angst (26-35 prosent), migrene (22-32 prosent) og pollenallergi (12-23 prosent).

9.8.3.3 Erfaringer med alternativ medisin

To av tre leger svarer at de hadde positiv erfaring med at pasienter får øket håp, og tre av fire at pasientene opplever øket omsorg ved kontakt med alternative utøvere. Mange av legene hadde likevel negative erfaringer. 70 prosent fremhevet økonomisk spekulasjon, og over halvdel av legene mente pasientene kunne komme for sent til skolemedisinsk behandling og at de alternative behandlingene kunne fortrengte virksom skolemedisinsk behandling.

Nesten tre fjerdedeler av legene mener akupunktur er et nyttig tillegg til skolemedisinen. I motsetning til dette mener 23 prosent at urtemedisin og 11 prosent at homøopati er nyttige tillegg. Fotsoneterapi og healing vurderes nyttig bare av 4-6 prosent av legene. 39 prosent av alle legene blant legeforeningens medlemmer mente at akupunktur burde godkjennes som en del av det offisielle helsevesenet. Når det gjelder de andre fire metodene var det bare 5 prosent som mente at slik godkjenning burde gis. Den samme holdningen gjenspeiles i spørsmålet om refusjon av behandlingskostnader. Ved de andre terapiformene var 75 til 85 prosent enige i at slik refusjon ikke burde gis.

Generelt sett hadde allmennleger flere positive erfaringer med alternativ medisin enn sine kolleger ved sykehus. Kvinner var mer positive enn menn. Et fåtall av legene ville ikke godta at pasientene gikk til alternativmedisinsk behandling, mens en fjerdedel fraråder pasientene slik behandling.

Den norske lægeforening hadde i tiden fra desember 1994 til januar 1996 et utvalg i arbeid for å utrede grunnlaget for foreningens holdninger til alternativ medisin. Dette utvalgets innstilling ble publisert i 1997. Sentralstyret i legeföreningen fulgte opp med et vedtak om alternativ behandling som er foreningens tilrådte begrep. Sentralstyret mener at det skal stilles betydelig større krav til leger enn til andre når det gjelder alternative behandlingsformer. Det vises til det vedtak i Rådet for legeetikk der man blant annet peker på at alternative behandlingsformer ikke må komme til fortrengsel for korrekt anvendt medisinsk behandling. Videre peker sentralstyret på at leger som utfører alternativ behandling må påse at det blir utført klinisk forskning etter aksepterte standarder. Sentralstyret mener at det ikke er grunnlag for formalisert samarbeid med organisasjoner for alternativ behandling, samt at det ikke foreligger grunnlag for å etablere offentlige godkjenings- og autorisasjonsord-

ninger. Likevel bør legers kunnskaper om alternative behandlinger styrkes. Det vektlegges også at pasientens selvbestemmelse må respekteres fullt ut, og at dette innebærer at det ikke er grunnlag for å endre holdninger fra legens side overfor pasienter som oppsøker alternativ behandling.

9.8.4 Holdninger til bruk av alternativ medisin blant helsepersonell i andre land

Allmennpraktikere i mange land i Europa, Canada og New Zealand beskrives å ha positive holdninger til å henvise eller behandle sine pasienter med enkelte former for alternativ medisin. I de fleste undersøkelser mener legene at alternative behandlinger kan tilføre metoder og ideer som skolemedisinen ville kunne tjene på å ta opp i seg (se tabell 9.2).

Samtidig mener svært mange leger at de fleste alternative terapier er uvitenskapelige og således ikke basert på tilstrekkelig utprøvde metoder, og at mye av effekten skyldes at de alternative behandlerne utnytter placeboeffekten godt.

Andelen av leger som mener placeboeffekten er den viktigste effekten av alternativ medisin synes å være omvendt proporsjonal med deres eget forhold til alternative terapier. Leger som enten selv benytter alternativ medisin eller behandler/henviser sine pasienter til slik behandling er altså mer positive til faktisk virkning av behandlingen enn leger som ikke benytter alternative behandlingsformer. Europeiske helsearbeideres holdninger til og bruk av alternative behandlingsformer variere sterkt mellom landene. En av de viktigste årsakene til denne variasjonene er de forskjellige nasjonale lovreguleringene.

Tabell 9.2: Resultater av studier vedrørende allmennpraktikeres synspunkter på «nonconventional Therapies» (NCTs) Tabellen er utvidet og omarbeidet etter Schachter L. Et al (1988). Tallene er oppgitt i prosent.

	England Wharton 1986	England Anderson 1986	New Zealand Hadley 1987	Israel Schachter 1988	Holland Visser 1993	Canada* Verhoef 1986
Antall forespurte	145	222	173	89	360	200
Andel forespurte som svarer ja på spørsmålet						
Har utdanning i NCTs	38	12	24	17	33	20
Ønsker mer kunnskap om NCTs	15	42	54	87	-	50
Praktisere en eller flere former NCTs	31	16	27	13	47	16
Henviser for NCTs	76	59	>80	42	90	54
Vurderer NCTs som nyttig behandling	59	54	48	54	45	42
Mener at NCT er uvitenskapelig	22	16	28	56	31 ²	-
Mener at all NCTs bør for- bys	3	-	-	7	9 ¹	21 ¹

¹ Ordlyd: Alternativ medisin er en trussel mot folkehelsen

² Ordlyd: Om den alternative behandlingen ikke har vært vitenskapelig testet, bør behandlingen forbys

* Ordlyden i de refererte undersøkelsen kan være forskjellig og svarene derfor ikke alltid direkte oversettbare.

I de tilfelle spørsmålene er vurdert som sammenlignbare har en benyttet disse i tabellen

Det er vanskelig å sammenligne bruken av alternativ medisin i de forskjellige landene i Europa når for eksempel behandlingsformer som manipulasjon og kiropraktikk i enkelte land oppfattes som alternativ behandling og i andre land ikke. Undersøkelser fra begynnelsen av 1980-tallet i England viste at de fleste som praktiserte alternativ medisin ikke hadde bakgrunn som helsearbeidere (cirka 1 av 12). Nyere publikasjoner viser at langt flere er positive til alternative terapier blant engelske allmennleger, 12-38 prosent rapporteres å ha utdanning i en eller annen terapiform, og mellom 12 og 42 ønsker mer utdanning. Interessen for alternative terapiformer er særlig sterk blant yngre leger.

I kontrast til England, der allikevel langt de fleste utøvere av alternativ medisin ikke er helsearbeidere, finner en i Belgia at 84 prosent av behandlingen med homøopati og 74 prosent av akupunkturbehandlingen bedrives av leger. Over en tredjedel av allmennpraktikere i Frankrike utøver alternative terapiformer. I Nederland rapporteres det at 47 prosent av allmennlegene har benyttet alternative metoder. Hyppigst brukt er homøopati (40 prosent), manipulasjon (9 prosent) og akupunktur (4 prosent). I Tyskland benyttes akupunktur ved 77 prosent av smerteklinikkene og i England er det rapportert at 37 prosent av allmennlege har benytter homøopati. Holdningene til alternativ medisin blant hollandske og britiske allmennleger synes å være nokså like. De fleste av legene har tro på at manipulasjonsterapi er effektivt ved nakke og ryggplager. Blant hollandske allmennleger tror halvparten at akupunktur er effektivt ved kroniske smertetilstander, og omtrent det samme antallet at homøopati kan være effektivt ved øvre luftveisinfeksjoner og allergi. De fleste engelske allmennleger mener det bør være anledning til å få dekket utgifter fra trygdesystemet til osteopati og til terapiformer som akupunktur, kiropraktikk og homøopati. Når det gjelder terapiformer som soneterapi og aromaterapi mener engelske leger at slik behandling må dekkes av pasientene selv.

I et flertall av studier er det et antall terapier legene anser som nyttige og hvor en mener behandlingen kan ha effekt. Mest tiltro i europeiske studier har akupunktur, manuell terapi/kiropraktikk og homøopati. Preferansene er imidlertid også avhengig av sykdomsgrupper de er tenkt å behandle. Som et eksempel kan nevnes diettbehandling hos kreftpasienter i Holland (den såkalte Moermannsdieten).

Et annet generelt trekk er at legene mener at behandlingen de har tro på, bør gis av medisinsk utdannet personell, mens terapiformer de har liten tro på (for eksempel håndspåleggelse, helbredelse ved bønn osv.), gjerne og oftest bør tilbys av ikke-helsepersonell. De fleste mener at leger bør ha kunnskaper som setter dem i stand til å diskutere og rettlede sine pasienter i spørsmål om alternativ medisin.

9.8.4.1 Holdninger til bruk av alternativ medisin blant helsepersonell i Sverige, Danmark og Finland

Få undersøkelser fra våre nordiske naboland er tilgjengelige. En artikkel publisert i Ugeskrift for læger i 1993 beskriver høyt forbruk av alternative behandlingsformer blant 111 helsepersonell, ansatt ved psykiatrisk og fysikalsk medisinsk avdeling, som behandling av egne lidelser. Nesten halvparten av deltagerne hadde benyttet alternativ behandling minst en gang i løpet av sin levetid, en fjerdedel hadde anvendt slik behandling i løpet av de siste 3 måneder. Deltagerne i denne undersøkelsen skiller seg fra deltagerne i de fleste andre undersøkelser idet bare 4 prosent var leger. Av andre resultater kan nevnes at helsepersonale i den midtre aldersgruppen (30 år til 44 år) var hyppigst brukere, og at de ansatte ved psykiatrisk avdeling synes å

benytte alternative behandlinger hyppigere enn deltagerne fra fysikalsk medisinsk avdeling.

I en svensk studie fra 1992 beskriver en undersøkelse mellom to grupper av leger som benyttet alternative metoder og en tilfeldig trukket gruppe av leger (kontrollgruppen). Blant kontrollgruppen anga cirka en tredjedel av legene at de var i større eller mindre grad interessert i alternativ medisin. 38 prosent av legene som anga interesse for alternative terapier rapporterte at de hadde vært positivt innstilt til alternativ medisin også før de var uteksaminert som leger. Deltagerne ble bedt om å angi i hvilken grad de var positive eller negative til et antall forskjellige terapier. Foruten kiropraktikk/manuell terapi som også var med på listen over terapier, var akupunktur den terapiformen flest leger kunne stille seg positive til (43 prosent positive 30 prosent avventende). Dietter (31 og 42 prosent) og faste (15 og 35 prosent) var de to andre alternative terapiformene der mer enn 10 prosent av legene anga at de var positive til behandlingen. En nylig publisert studie utført blant 92 sykepleiere ved 2 finske kreftavdelinger viste at cirka 40 prosent en eller annen gang hadde benyttet alternative behandlingsformer ved egne lidelser, og 17 prosent benyttet slike metoder regelmessig. De fleste betraktet alternative terapiformer som lite virksomme ved kreftsykdommer, med mulige bivirkninger og med potensiale til å forsinke annen virksom terapi. De fleste (80-90 prosent) mente likevel at sykepleiere som arbeider med kreftpasienter må lytte til pasientene vedrørende deres tanker om alternative behandlingsformer og ha kunnskap nok til å kunne gi dem saklig og god informasjon. Bare cirka halvparten av sykepleierne var villige til å lære mer om alternative terapier. Generelt fant en at de pleierene som benyttet alternative terapier selv var mer positive til disse, samtidig som de stilte flest kritiske spørsmål til skolemedisinen og den behandlingspraksis en fulgte ved sykehusene. De eldste arbeidstakerne, samt de som hadde vært ansatt ved kreftavdelinger i 10 år eller mer, var mest skeptisk til bruken av andre metoder enn de skolemedisinske.

Referanser

Anderson E. og Anderson P.: *General practitioners and alternative medicine*. J R Coll Gen Pract. 1987 37:52-5.

Christie Moe V.: *Den andre medisinen*. Universitetsforlaget 1991.

Fisher P. og Ward A.: *Complementary medicine in Europe*. British Medical Journal 1994 309:107-11.

Fulder S. J. og Munro R. E.: *Complementary medicine in the United Kingdom: patients, practitioners and consultations*. Lancet 1981 2:542-5.

Hadley C.: *Complementary medicine and the general practitioner*. N Z Med J. 1988 101:766-8.

Lynøe N. og Svensson T.: *Physicians and alternative medicine- an investigation of attitudes and practice*. Scand J Soc Med. 1992 20:55-60.

Nordheim A. J.: *Holdninger til akupunktur- spørreundersøkelse blant medisinstudenter i Tromsø*. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 1993 113:1055-7.

Pedersen E. J., Nordheim A. J. og Fønnebø V.: *Norske legers holdninger til homøopati*. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 1996 116:2186-9.

Perkin M. R., Percy R. M. og Fraser J. S.: *A comparison of the attitudes shown by general practitioners, hospital doctors and medical students towards alternative medicine*. J Roy Soc Med 1994 87:523-25.

Raben H., Jørgensen K. C. og Aggernæs K. H.: *Brug av alternativ behandling blant personalet ved en psykiatrisk og en fysiurgisk afdeling*. Ugeskr Læger. 1993 155:803-6.

Risberg T., Kolstad A., Johansen A. og Vingerhagen K.: *Use of alternative medicine among hospital staff in north Norway*. *Psycho-Oncology* 1998 7:156.

Salmenpera L., Souminen T. og Lauri S.: *Oncology nurses' attitudes towards alternative medicine*. *Psycho-Oncology* 1998 7.

Schachter L., Weingarten A. og Kahan E. E.: *Attitudes of family physicians to nonconventional therapies*. *Ach Fam Med*. 1993 2:1268-70.

van der Zouwe N, van Dam F. S., Aaronsen N. K. og Hanewald G. J.: *Alternative treatments in cancer, extent and background of utilisation*. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994 138:300-306.

Verhoef M. og Sutherland L. R.: *Alternative medicine and general practitioners. Opinion and behaviour*. *Can Fam Physician* 1995 41:1005-1011.

Verhoef M. og Sutherland L. R.: *General practitioners' assessment of and interest in alternative medicine in Canada*. *Soc Sci Med*. 1995 39:511-515.

Visser G. J. og Peters L.: *Alternative medicine and general practitioners in the Netherlands: Towards acceptance and intergration*. *Family Practice* 1990 7:227-32

Wharton R. og Lewith G.: *Complementary medicine and the general practitioner*. *British Medical Journal* 1986 292:1498-500.

Aasland O. G., Borchgrevink C. F. og Fugelli P.: *Norske leger og alternativ medisin*. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 117, 17, 2464-8, 1997

KAPITTEL 10

**Oversikt over regulering av tjenester og tjenesteutøvere
i og utenfor helsevesenet****10.1 KORT OVERSIKT OVER REGULERINGEN AV HELSERETTEN**

Det er en rekke lover (cirka 25) og forskrifter (cirka 100) på helserettens område. Helseretten deles ofte inn i de tre kategoriene tjenestelovgivning, helsepersonellovgivning og særlovgivning. I tillegg finnes det bestemmelser som berører dette feltet, spredt rundt i andre lover. Spesielt viktige er ansvarsbestemmelsene i erstatnings- og strafferetten.

Kommunehelsetjenesteloven (lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene) har regler om organisering og finansiering av primærhelsetjenesten, og har dessuten regler om rett for individet til nødvendig helsehjelp. Planlegging av helsetjenesten i kommunene er regulert i egen lov (lov 19. november 1982 nr. 68 om planlegging av helse- og sosialtjenesten i kommunene).

Tannhelsetjenesteloven (lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten) tilsvarer kommunehelsetjenesteloven med hensyn til tannhelse, men legger ansvaret til fylkeskommunene, og retten til hjelp er begrenset til visse grupper, blant annet barn.

Sykehusloven (lov 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus m.v.) er i hovedsak en organisatorisk lov som regulerer organisering, planlegging, ansvarsforhold, økonomi og administrative forhold for somatiske sykehus og en del andre institusjoner. Tilsvarende regulering for psykiatriske sykehus og institusjoner finnes i lov om psykisk helsevern (lov 28. april 1961 nr. 2) som også inneholder materielle regler om blant annet bruk av tvang overfor pasienter. Lovene har også bestemmelser om plikt til å yte øyeblikkelig hjelp.

I henhold til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (lov 30. mars 1984 nr. 15) har Statens helsetilsyn det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet. Loven suppleres av instruks for Statens helsetilsyn. Loven regulerer også fylkeslegenes tilsynsplikter og har dessuten regler om internkontrollsystem hos den som yter helsetjeneste. Se nærmere om dette under henholdsvis punkt 10.6.2 og punkt 10.3.3.2.

Helsepersonellovgivningen består i dag av en rekke lover og forskrifter om ulike grupper helsepersonell. Helseprofesjonene er i stor utstrekning regulert i hver sin lov og/eller forskrift som inneholder regler om vilkår for godkjenning og tilbakekall av godkjenning, og om rettigheter og plikter knyttet til godkjenningen eller yrkesutøvelsen m.v. Se nærmere om dette under punkt 10.3. Lovgivningen er under revisjon. En rekke yrkesgrupper som arbeider innen helsevesenet, for eksempel i sykehus, er per i dag ikke lovregulert.

Noen regler om hvem som har adgang til å behandle syke, og hvordan, finnes i lov 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur, i offisiell kortform: kvaksalverloven (se punkt 3.1 avslutningsvis). Det vises til punkt 10.4.

Av særlovene innen helseretten har vi blant annet smittevernloven, abortloven, transplantasjonsloven, bioteknologiloven og tobakkskadeloven.

Medisinallovgivningen omfatter apotekloven (lov 21. juni 1963 nr. 17 om drift av apotek m.v.) og legemiddeloven (lov 4. desember 1992 nr. 132) med tilhørende forskrifter, se punkt 10.7.

Folketrygdloven (lov av 28. februar 1997 nr. 19) med tilhørende forskriftsverk regulerer en del økonomiske aspekter innen helseretten, herunder refusjon i forbindelse med behandling utenfor sykehus og medisin på blå resept, se punkt 10.9.

Pasientrettigheter er foreløpig ikke lovfestet i en egen lov. Bestemmelser som gjelder pasienters rettigheter finnes spredt i flere av de nevnte lover. Viktige prinsipper som journalinnsynsrett, legers dokumentasjonsplikt og krav til pasientens samtykke, ble først fastslått i rettspraksis. Se punkt 10.5 om noen av pasientrettighetene, og punkt 10.11 om forslag til pasientrettighetslov.

Helsevesenet som sådan er ikke regulert i EØS-avtalen idet det betraktes som et nasjonalt anliggende. Forhold som helsevesenets struktur, ansvarsforhold, finansiering og prioritering, rettigheter og plikter for helsepersonell og pasienter, medisinske behandlingsmetoder m.v. berøres således ikke av EØS-avtalen. Helsesektoren berøres likevel i ikke ubetydelig grad av EØS-avtalen. Dette har blant annet sammenheng med gjennomføringen av de fire friheter, som innebærer for eksempel fri flyt av helsepersonell, helsetjenester og legemidler, rett til helsehjelp for EØS-borgere som arbeider i Norge og deres familiemedlemmer på samme vilkår som norske borgere osv., se nærmere punkt 10.3.2.3.

10.2 HOVEDTREKKENE I HELSEVESENETS OPPBYGGING, FINANSIERING OG STYRING

Staten har det overordnede ansvaret for det offentlige helsevesenet og legger de økonomiske og administrative premissene for helsepolitikken. Ansvaret for oppgavene i det offentlige helsevesenet er i hovedsak delt mellom kommunene (primærhelsetjeneste) og fylkeskommunene (institusjonshelsetjeneste og andre spesialiserte tjenester samt tannhelsetjeneste), mens staten har ansvaret for enkelte spesielle oppgaver (høyt spesialiserte helsetjenester som utøves ved lands- og regionsdekkende spesialistinstitusjoner og luftambulansetjenesten).

Staten har i henhold til sykehusloven plikt til å sørge for luftambulansetjeneste. Statens øvrige helsetjenester, for eksempel statlige sykehus som Rikshospitalet og Radiumhospitalet, er ikke lovregulert. Statlige sykehus drives med tilskudd direkte fra staten.

Fylkeskommunene er etter sykehusloven pålagt å sørge for planlegging, utbygging og drift av sykehus, sykestuer, fødehjem, spesialsykehjem, sykehoteller, kliniske lege- og psykologspesialisttjenester, medisinske laboratorier og røntgeninstitutt (som var i drift før 1. april 1984), ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste. Videre er fylkeskommunene etter lov om psykisk helsevern pålagt å sørge for planlegging, utbygging og drift av psykiatriske sykehus og andre psykiatriske institusjoner, herunder klinikk, poliklinikk, institusjon for barn og ungdom, daginstitusjon, ettervernshjem, sykehjem, samt psykiatrisk vern i privat forpleiningssted. Fylkeskommunens oppgaver omfatter også plikt til å yte øyeblikkelig hjelp.

I tillegg til de fylkeskommunale lokal- og sentralsykehusene har landets helseregioner hver sitt regionsykehus som drives i samarbeid mellom fylkeskommune og stat. Regionhelsetjenesten har som hovedoppgave å yte høyt spesialiserte tjenester og å drive undervisning og forskning.

Landet er inndelt i helseregioner bestående av flere fylkeskommuner. I henhold til ny § 2 a i sykehusloven, som trer i kraft 1. januar 1999, skal fylkeskommunene som utgjør en helseregion, etablere et regionalt helseutvalg for samarbeid om tjenester og institusjoner. Det regionale helseutvalg skal utarbeide en regional helseplan på vegne av fylkeskommunene i regionen. Det skal fremgå av planen hvilke institusjoner og tjenester den enkelte fylkeskommune er ansvarlig for. Planen skal vedtas av Sosial- og helsedepartementet, som også kan gi nærmere bestem-

melser om innhold og utforming av planen og rapportering om gjennomføringen av den, samt om det regionale helseutvalgets oppgaver. Departementet arbeider med slik forskrift.

Fylkeskommunen skal utarbeide plan for hvordan den vil løse sine oppgaver innen helsevesenet. Planen skal godkjennes, og kan endres og kreves revidert, av Sosial- og helsedepartementet. Departementet kan kreve seg forelagt budsjett, regnskap og andre opplysninger om virksomheten i fylkeshelsetjenesten. Institusjonene skal godkjennes av departementet. To eller flere fylkeskommuner kan samarbeide om oppgavene. Fylkeskommunene kan i en viss utstrekning inngå avtale med private om løsning av oppgavene. Det er gitt en rekke forskrifter med nærmere bestemmelser om innhold og organisering av spesialisthelsetjenestene i og utenfor sykehus.

Hver av helseinstitusjonene skal ha et styre. Medlemmene oppnevnes av institusjonens eier. Departementet kan i tillegg oppnevne to medlemmer til styret ved hvert regionsykehus. Fylkeslegen kan møte i sykehusstyret, men kan ikke velges til medlem. Styrets oppgaver kan legges til en annen fylkeskommunal nemnd.

Når det gjelder finansiering er utgangspunktet i lovene at fylkeskommunen selv dekker utgiftene ved de helsetjenester fylkeskommunen har ansvaret for. Region-sykehusene drives med delvis tilskudd direkte fra staten. For øvrig yter staten tilskudd til delvis finansiering av fylkeskommunens oppgaver i form av rammetilskudd. For somatiske sykehus er rammetilskuddet kombinert med en aktivitetsbasert tilskuddsordning (stykkpris). Staten gir også øremerkede tilskudd til spesielle prosjekter og hovedsatsingsområder. Folketrygden yter blant annet stønad ved behandling hos spesialist. Videre tas vederlag for en rekke tjenester som gis poliklinisk eller utenfor institusjon, og det kan kreves at pasientene dekker en andel av forpleiningsutgiftene i institusjon.

Fylkeskommunene er etter tannhelsetjenesteloven pålagt å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Fylkeskommunene har også ansvaret for Den offentlige tannhelsetjeneste som skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud vederlagsfritt til visse grupper, herunder barn og ungdom, psykisk utviklingshemmede og grupper av eldre, langtidssyke og uføre. Oppgavene utføres av fylkeskommunalt ansatte eller av privatpraktiserende tannleger som har inngått avtale med fylkeskommunen. Fylkeskommunen har ansvaret for samordning av Den offentlige tannhelsetjenesten og privat praksis, og skal utarbeide en tannhelseplan for hele befolkningen i fylket. Planen skal vedtas av fylkestinget. Fylkestinget fastsetter organisasjonsform og ledelse for Den offentlige tannhelsetjenesten i samsvar med lov og godkjent helseplan. Folketrygden yter stønad til visse typer behandling som faller utenfor Den offentlige tannhelsetjeneste, se punkt 10.9.2. For øvrig utføres privat tannlegevirksomhet fullt ut på pasientens bekostning.

Kommunene er etter kommunehelsetjenesteloven pålagt å sørge for nødvendig helsetjeneste som ikke hører inn under fylkeskommune eller stat, det vil si all helsetjeneste utenfor institusjon unntatt spesialisthelsetjeneste og tannhelsetjeneste. Under kommunens oppgaver hører helsefremmende og sykdoms-/skadeforebyggende arbeid, diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte, medisinsk habilitering og rehabilitering samt pleie og omsorg. Herunder skal kommunen sørge for allmennlegetjeneste (herunder legevaktordning), fysioterapitjeneste, sykepleie (herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie), jordmortjeneste, sykehjem og medisinsk nødmeldetjeneste. Kommunen kan løse disse oppgaver ved å ansette personell i kommunale stillinger, eller ved å inngå avtaler med personell i privat

helsevirksomhet. I tillegg kommer rent privat virksomhet som reguleres av blant annet helsepersonellovgivningen.

Kommunene har ansvar for miljørettet helsevern, herunder biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer som kan ha innvirkning på helsen, jf. kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a.

Der det finnes hensiktsmessig kan kommunen også organisere ergoterapi og bedriftshelsetjeneste.

Kommunestyret fastsetter organisasjonsform og ledelse for helsetjenesten i samsvar med loven og plan for sosiale tjenester og helsetjenesten (helseplan), som enhver kommune skal utarbeide. Planen skal vedtas av kommunestyret. Planen skal forelegges fylkeskommunen, berørte statlige organer i fylket og andre berørte, samt legges ut til offentlig ettersyn. Eventuelle innsigelser fra fylkeskommune eller statlig organ som det ikke oppnås enighet om, avgjøres av departementet. Departementet kan påby samarbeid mellom kommuner når det er påkrevd for en tilfredsstillende løsning av oppgavene.

Lovens utgangspunkt om finansiering er at kommunen dekker utgiftene ved helsetjenesten den har ansvaret for. Staten yter årlige rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter. Videre yter folketrygden fastlønnstilskudd til kommunen for fast ansatte leger og fysioterapeuter. Folketrygden yter også stønad til behandling hos leger som har avtale med kommunen m.fl., se punkt 10.9.2. Det kreves vederlag (egenandel) fra mottageren for en rekke ytelser. Kommunen gir tilskudd til privat praksis som drives etter avtale med kommunen.

Helsetjenester som ytes i privat virksomhet, inngår dels i det offentlige helsevesen når utøveren har driftsavtale med kommunen/fylkeskommunen, og ytes dels på rent privat basis. Privatpraktiserende leger, psykologer og fysioterapeuter finansierer sin virksomhet via følgende kilder: kommunalt driftstilskudd (for dem som har avtale med (fylkes-)kommunen), refusjon fra folketrygden (for dem som har avtale med (fylkes-)kommune eller har rett til det etter overgangsordninger, jf. punkt 10.9.2) og egenbetaling fra pasienter.

All helsetjenestevirksomhet er undergitt Statens helsetilsyns overordnede faglige tilsyn. Det vises til punkt 10.6.2.

Av NOU 1997:18 Prioritering på ny fremgår at de totale offentlige utgifter til helsemessige ytelser og pleie og omsorg i 1995 var 66,8 milliarder kroner. Herav var utgiftene til de helsemessige ytelsene to tredjedeler eller 44,7 milliarder kroner. Disse helseutgiftene var igjen fordelt med 3,3 milliarder kroner på investeringer, og konsum i statlig sektor, fylkeskommune og kommune på henholdsvis 16,3 milliarder kroner, 19,3 milliarder kroner og 5,8 milliarder kroner. I 1994 utgjorde de offentlige helseutgifter 6,9 prosent av bruttonasjonalproduktet. De totale helseutgifter utgjorde 7,3 prosent.

Helsevesenet og tilgrensende felt har vært gjenstand for en rekke offentlige utredninger og meldinger i de senere år. Her nevnes:

- NOU 1988: 8 Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke
- NOU 1991: 7 Spesialisthelsetjenesten m.m.
- NOU 1992: 6 Erstatning ved pasientskader
- NOU 1992: 8 Lov om pasientrettigheter
- St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid
- NOU 1993: 33 Helsepersonells rettigheter og plikter. Utkast til lov med motiver
- St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste
- St.meld. nr. 35 (1994-95) Velferdsmeldingen
- NOU 1995: 6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i

Norge

- St.meld. nr. 44 (1995-96) Ventelistegarantien - kriterier og finansiering
- NOU 1996: 5 Hvem skal eie sykehusene?
- St.meld. nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen
- St.meld. nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste
- St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene
- NOU 1997: 2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus
- NOU 1997: 6 Rammevilkår for omsetning av legemidler. «Lønnsomme legemidler»
- NOU 1997: 7 Piller, prioritering og politikk. Hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn?
- NOU 1997: 18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste
- Rett person på rett plass. Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998-2001 (Sosial- og helsedepartementet. August 1997)
- NOU 1998: 3 Utryddelse av tuberkulose? - Strategi for fremtidig tuberkulosekontroll
- NOU 1998: 8 Luftambulansetjenesten i Norge
- NOU 1998: 9 Hvis det haster ... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap

10.3 OFFENTLIG GODKJENNING AV HELSEPERSONELL

10.3.1 Hvilke grupper som er undergitt offentlige godkjenningsordninger

Det offentlige har etablert godkjenningsordninger for en rekke grupper av helsepersonell. Regler om godkjenning av de ulike profesjoner er gitt i separate lover eller forskrifter gitt med hjemmel i den generelle lov om godkjenning m.v. av helsepersonell.

Følgende grupper er regulert i egne lover:

- fysioterapeuter og mensendieksykegymnaster (lov 13. juli 1956)
- sykepleiere (lov 8. januar 1960 nr. 1)
- ortopediingeniører (lov 11. juni 1971 nr. 54)
- pleiere i psykiatriske sykehus (lov 23. juni 1972 nr. 69)
- psykologer (lov 9. mars 1973 nr. 13)
- leger (lov 13. juni 1980 nr. 42)
- tannleger (lov 13. juni 1980 nr. 43)
- jordmødre (lov 26. april 1985 nr. 23)

I medhold av lov om godkjenning m.v. av helsepersonell (lov 14. juni 1974 nr. 47) er det gitt forskrifter om godkjenning av følgende grupper:

- ergoterapeuter (forskrift 10. oktober 1975 nr. 1)
- radiografer (forskrift 24. juni 1977 nr. 7)
- vernepleiere (forskrift 9. desember 1977 nr. 4)
- hjelpepleiere (forskrift 10. mars 1978 nr. 1)
- fotterapeuter (forskrift 28. april 1978 nr. 24)
- tannpleiere (forskrift 7. september 1979 nr. 4)
- bioingeniører (forskrift 27. februar 1987 nr. 144)
- optikere (forskrift 22. april 1988 nr. 309)
- kiropraktorer (forskrift 9. mars 1990 nr. 168).

Disse enkeltlovene og forskriftene er foreslått avløst av en felles helsepersonellov, se punkt 10.11 om revisjon av helselovgivningen.

Når det gjelder leger og tannleger bruker loven begrepene autorisasjon om den ordinære godkjenning og lisens om godkjenning av den som ikke oppfyller vilkårene for autorisasjon. For de øvrige grupper brukes uttrykket (offentlig) godkjenning.

Lovene og forskriftene legger stort sett godkjenningsmyndigheten til Kongen, departementet eller Helsedirektoratet/Statens helsetilsyn. Myndigheten er imidlertid delegert til fylkeslegene, dog slik at Fylkeslegen i Oslo har videre myndighet enn de øvrige. Fylkeslegen i Oslo behandler alle godkjenningssaker vedrørende norskutdannede leger, tannleger, psykologer, jordmødre, fysioterapeuter, kiropraktorer, radiografer og ortopediingeniører. Fylkeslegen i Oslo behandler også alle saker vedrørende godkjenning på grunnlag av utenlandsk utdanning med unntak av leger med nordisk utdanning. Alle fylkesleger behandler saker vedrørende nordiske leger og saker vedrørende norskutdannede innen de yrkesgrupper som ikke Fylkeslegen i Oslo har fått spesielt ansvar for.

Leger og enkelte andre helsepersonellgrupper kan i tillegg til ordinær godkjenning oppnå godkjenning som spesialist innen en nærmere avgrenset del av fagområdet. Sykepleieres spesialkompetanse som følge av videreutdanning innen for eksempel pediatri, psykisk helsearbeid, anestesi, intensivsykepleie og helsesøsterfag er ikke regulert med offentlig godkjenningsordning. Sykepleieres spesialisering innen jordmorfaget er regulert som egen profesjon, se jordmorloven. Godkjenningssordningen for lege- og tannlegespesialister administreres av henholdsvis Den norske lægeforening og Den norske tannlegeforening etter delegering. Tilsvarende gjelder for psykologer.

Den hittil siste gruppe som er regulert med offentlig godkjenningsordning er kiropraktorene i 1990. Det ble imidlertid allerede i 1975 innført en refusjonsordning som ga delvis dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor etter henvisning fra lege. Spørsmålet om autorisasjon av kiropraktorer er behandlet i NOU 1985:10.

Loven om godkjenning av pleier i psykiatrisk sykehus var en slags overgangsordning, og søknader om godkjenning måtte være departementet i hende innen seks måneder fra lovens ikrafttredelse 23. juni 1972.

Statens helsetilsyn fører et register over helsepersonell med offentlig godkjenning. Apotek, sykehus og andre kan få opplyst om navngitte personer har godkjenning. I tillegg til navn og type godkjenning inneholder registeret opplysninger om fødselsnummer, bopel, arbeidssted, stilling, tid og sted for avlagt eksamen. For internt bruk registreres også ilagte administrative reaksjoner og lignende. Fylkeslegene sørger for registrering ved godkjenning, og personellet skal selv melde fra ved endring av bosted eller arbeidssted. Registeret omfatter både yrkesaktive og andre.

Per 18. november 1997 var det registrert følgende antall personer med godkjenning/full autorisasjon i de ulike profesjoner (uavhengig av yrkesaktivitet):

bioingeniører	2 949	
ergoterapeuter	1 386	
fotterapeuter	1 337	
fysioterapeuter	7 250	
hjelpepleiere	88 663	
kiropraktorer	205	
leger	16 624	

optikere	971	
ortopediingeniører	151	
psykologer	3 301	
radiografer	914	
sykepleiere	82 980	
tannleger	5 377	
tannpleiere	850	
vernepleiere	4 125	

Det er ikke tilgjengelig tall for jordmødre og for pleiere i psykiatriske sykehus; disse inngår i tallene for henholdsvis sykepleiere og hjelpepleiere.

Oversikten over yrkesaktivt helsepersonell er mangelfull, men som en pekepinn kan nevnes at de omtrentlige antall årsverk i kommunal og fylkeskommunal helsetjeneste i 1991 var 9 000 leger, 31 000 sykepleiere og 28 000 hjelpepleiere.

For øvrig bemerkes at ikke alt personell som arbeider i helsevesenet er undergitt godkjenningsordninger, for eksempel legesekretærer og ambulanspersonell.

10.3.2 Vilkår for å få godkjenning

10.3.2.1 Generelt om vilkårene

De fleste av lovene og forskriftene om offentlig godkjenning som helsepersonell, stiller vilkår om bestemt utdanning og vanligvis også praksis. I tillegg kreves at det ikke foreligger forhold som ville ført til tilbakekall av godkjenningen, eller et krav om personlig skikkethet utformet på annen måte. For fysioterapeuter, psykologer og etter den generelle lov om godkjenning m.v. av helsepersonell kreves hederlig vandel. Sykepleiere, leger, tannleger og fysioterapeuter må avlegge skriftlig løfte om å utøve virksomheten i samsvar med ære og samvittighet (og lov).

Varigheten av den praktiske tjeneste som kreves for en rekke av profesjonene, varierer mellom seks måneder og to år.

Det er ofte flere alternative utdanningskrav, for eksempel utdanning fra statlig eller offentlig godkjent skole i Norge som automatisk gir grunnlag for godkjenning, annen utdanning eller bakgrunn som kan gi godkjenning etter individuell vurdering, og egne regler for godkjenning på grunnlag av utenlandsk utdanning.

10.3.2.2 Fastsettelsen av utdanningens innhold m.v.

Idet en rekke beståtte helsefaglige utdanninger ved universiteter og høyskoler og i videregående skole i Norge gir krav på godkjenning, vil disse utdanningenes innhold ha stor betydning for helsepersonellens kvalifikasjoner. Gjennom de krav myndighetene stiller til utdanningen, føres det indirekte kontroll med helsepersonellens kvalifikasjoner og at utdanningen har et relevant innhold i forhold til de oppgaver yrkesgruppen skal utøve i helsevesenet.

Helsefaglig utdanning ved de norske statlige høyskolene og universitetene reguleres av universitetsloven (lov 12. mai 1995 nr. 22 om universiteter og høyskoler). Kongen i statsråd bestemmer hvilke grader, yrkesutdanninger eller andre utdanningsprogram utdanningsinstitusjonene kan gi, krav til bredde og fordypning, gjennomføringstid og tittel (§ 45). Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF) bestemmer hvilke fag, emner og lignende institusjonene kan tilby og som skal inngå i grunnlaget for en grad eller yrkesutdanning (§ 46). Departementet kan fastsette nasjonale rammeplaner for enkelte yrkesutdanninger og enkeltfag som

inngår i en yrkesutdanning. Det fastsettes ikke rammeplaner for universitetsstudier. Institusjonens styre (eller avdeling etter styrets bestemmelse) fastsetter studieplan for de enkelte fag og emner, herunder regler om obligatoriske kurs og praksis og om forberedende prøver. For høgskoleutdanningene er det fastsatt rammeplaner, og skolenes planer kalles da fagplaner. KUF har det overordnede ansvar for utarbeidelse av rammeplanene. Utkast til rammeplan har frem til 1997 blitt utarbeidet av sekretariatet for Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag (RHHS) og behandlet i rådet før departementet har behandlet saken videre. Etter at RHHS ble nedlagt fra 1. august 1997, er denne funksjonen overtatt av fagavdelingen i et nasjonalt råd for helse- og sosialfagutdanning, Norgesnettrådet (NNR). Helsemyndighetene får adgang til å uttale seg både i forbindelse med rådets behandling og før KUF fastsetter den endelig planen. Studieplanene og fagplanene er ikke gjenstand for godkjenning av departementet eller NNR.

Helsefaglig utdanning i videregående skole reguleres av blant annet lov om videregående opplæring (lov 21. juni 1974 nr. 55). Departementet (KUF) fastsetter en generell læreplan med de overordnede mål for opplæringen og læreplaner for de enkelte fag med målene for og hovedmomentene i opplæringen. Før læreplanene fastsettes, sendes utkast på høring slik at blant andre helsemyndighetene får anledning til å påvirke innholdet.

Det er ingen eksplisitt vurdering av studentenes egnethet, verken ved opptak til studier eller ved uteksaminering. En viss kontroll med studentenes egnethet skjer i forbindelse med klinisk undervisning og praksisopplæring, i og med at dette er deler av studiene som må bestås.

I henhold til universitetsloven kan utdanningsinstitusjonens styre utestenge studenter fra studiet i inntil tre år dersom studenten grovt klanderverdig har opptrådt på en slik måte at det er skapt fare for liv eller helse for pasienter, klienter eller andre studenten har med å gjøre i undervisningen eller opplæringen (§ 42). Dette samme gjelder dersom studenten har gjort seg skyldig i grove brudd på taushetsplikt eller i grovt usømmelig opptreden overfor personer som nevnt. Kortere utestenging og enkelte andre sanksjoner kan vedtas dersom studenten har gjort seg skyldig i gjen tatt grovt forstyrrende atferd eller i fusk, eller har skaffet seg adgang til studiet ved hjelp av forfalsket vitnemål eller lignende. En student kan ikke utestenges på grunn av forhold som ikke har sammenheng med studiet.

Utdanningsinstitusjonene er ikke tillagt å foreta en bredere vurdering av studentenes egnethet til å utøve det yrket utdanningen vanligvis leder til. Et forslag om at institusjonen skulle kunne utestenge en student som var tiltalt eller dømt for en straffbar handling som ikke var forenlig med senere yrkesutøvelse, for inntil tre år, og for alltid hvis det kunne godtgjøres at forholdet ville gjøre studenten varig uskikket til yrket, ble ikke vedtatt.

10.3.2.3 Godkjenning på grunnlag av utdanning i utlandet

EØS-avtalen har regler om gjensidig godkjenning av kvalifikasjoner som berører en rekke helsepersonellgrupper. Det er to generelle direktiver for yrkeskompetansegivende utdanning samt sektordirektiver for ulike profesjoner (leger, sykepleiere, tannleger, jordmødre, farmasøyter). Godkjenning i Norge på grunnlag av kvalifikasjon oppnådd i EØS-stat er regulert i egen forskrift (forskrift 3. juni 1994 nr. 376 om godkjenning m.m. av helsepersonell i henhold til avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS-avtalen)). Godkjenning kan oppnås på grunnlag av utdanning (og eventuelt praksis) som oppfyller fastsatte minimumskrav, eller på grunnlag av «erhvervede rettigheter» i form av eldre utdanning i kombi-

nasjon med lovlig utøvelse av virksomhet over et visst tidsrom. I visse tilfelle kan det settes vilkår om en prøveperiode eller bestått egnethetsprøve i Norge.

Overenskomst av 14. juni 1993 om felles nordisk arbeidsmarked for visse helsepersonellgrupper og veterinærer gir noe utvidede rettigheter i forhold til det som følger av EØS-avtalen. Avtalen omfatter leger, tannleger, sykepleiere, provisorer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, jordmødre, helsesøstre, optikere, psykologer, reseptarer, radiografer, hjelpepleiere i psykiatrisk sykepleie, tannpleiere, tannlegeassistenter, tannteknikere, hjelpepleiere i sykepleie, veterinærer og kiropraktorer. Det er spesielle bestemmelser om godkjenning når yrket ikke er regulert i hjemlandet.

Også utdanning fra andre land kan danne grunnlag for godkjenning etter individuell vurdering av utdanningens innhold.

Et yrke hvor dette er særlig aktuelt er kiropraktikk. Det finnes i dag ikke utdanning i denne behandlingsformen i Norge. Godkjenning gis på grunnlag av utdanning fra utenlandske utdanningsinstitusjoner som gir undervisning i kiropraktikk som anses tilfredsstillende for å utøve kiropraktorvirksomhet i Norge. Før fylkeslegen gir godkjenning, skal det innhentes uttalelse fra Kiropraktorrådet. I tillegg til den utenlandske utdanningen, kreves tilleggstudium om norsk helselovgivning og kiropraktordisipliner og praktisk tjeneste som bestemt av Statens helsetilsyn. Det er fastsatt krav om tolv måneders turnustjeneste. Turnustjenesten administreres av Norsk Kiropraktorforening. Det gis midlertidig godkjenning som kiropraktor under turnustjenesten.

I henhold til kiropraktorforskriften er det et vilkår for godkjenning som kiropraktor at vedkommende er norsk statsborger eller «innvåner i riket». Bestemmelsen vil måtte tolkes innskrenkende på bakgrunn av EØS-avtalen slik at den ikke gjøres gjeldende i forhold til borgere fra EØS-stater.

10.3.3 Rettigheter og plikter for offentlig godkjent helsepersonell

10.3.3.1 Rettigheter

De rettigheter som er knyttet til offentlig godkjenning varierer noe fra profesjon til profesjon.

De fleste profesjonslover fastsetter enerett til en viss tittel, for eksempel jordmor, lege, fysioterapeut, kiropraktor, eller til betegnelsen «offentlig godkjent» i forbindelse med tittelen, for eksempel offentlig godkjent sykepleier. Loven om ortopediingeniører har ikke regler om enerett til tittel.

Enkelte av lovene fastsetter også enerett til å utøve visse former for virksomhet eller benytte visse behandlingsmetoder. Jordmødre har enerett til å utøve virksomhet som jordmor. Fysioterapeuter har enerett til å utøve virksomhet som fysioterapeut eller virksomhet som går ut på å gi massasje som behandling av skade eller sykkelig tilstand, men slik behandling kan gis kun etter henvisning fra lege. Lege kan også gi slik behandling. Ortopediingeniører har enerett (med unntak for leger) til å utøve virksomhet som går ut på å fremstille, tilpasse eller reparere ortopediske hjelpemidler som spesifisert i loven, samt omsetning av slike. Optikere har enerett (med unntak for leger) til å ordinere synshjelpemidler. Visse av optikernes oppgaver kan bare utføres etter ordinasjon fra eller i samråd med lege. Tannleger har med visse unntak enerett til å behandle sykdom i tenner, tannkjøtt, munnslimhinner og kjever, utføre tannfyllinger, uttrekninger, regulering, innsetting og tilpassing av kunstige tenner. Legene har enerett til å utøve legevirksomhet. Andre har adgang til å ta syke i kur med visse begrensninger, men det kan da ikke betegnes som legevirksomhet. Nærmere bestemmelser om hvilke behandlingsformer og sykdommer

som er forbeholdt leger, og delvis tannleger, fremgår av kvaksalverloven, se punkt 10.4.7 og 10.4.8.

Det å ha en offentlig godkjenning vil i mange tilfelle være nødvendig for å få stillinger i helsevesenet fordi arbeidsgiveren vil stille krav om at den som skal ansettes har slik godkjenning. Man har imidlertid ikke rett til ansettelse selv om man har godkjenning. Det står den enkelte helsearbeider fritt å etablere selvstendig virksomhet, men enkelte yrkesgrupper (for eksempel fysioterapeuter) er avhengig av at pasienten har henvisning fra lege for å kunne behandle skader og sykkelige tilstander, og andre (for eksempel sykepleiere) har ingen behandlingsvirksomhet som er forbeholdt dem.

For den som driver selvstendig virksomhet er offentlig godkjenning av betydning for muligheten til offentlig økonomisk støtte (direkte til behandleren og/eller til pasienten), jf. regler om refusjon fra folketrygden for behandling hos visse helsepersonellgrupper, driftsavtale med kommunen m.v., se punkt 10.9.2.

Kiropraktorer har forskriftsbestemt rett til å benytte relevant røntgenundersøkelse som undersøkelsesmetode. Kiropraktor som har gjennomgått kurs ved Statens institutt for strålehygiene, kan selv gjennomføre røntgenundersøkelse. Kiropraktorer kan også rekvirere røntgenundersøkelse av aktuelle skjelettområder ved offentlig sykehus eller godkjent institutt, mens forordning av røntgenundersøkelser ellers er forbeholdt leger (allmenn rekvisisjonsrett) og tannleger.

Et annet viktig aspekt ved godkjent eller autorisert helsepersonell er at de kan praktisere med delvis refusjon fra folketrygden. Finansieringsbestemmelsene som er gitt med hjemmel i folketrygdloven "[Alternativmedisinske helse-, sykdoms- og forklaringsmodeller](#)" i kapittel 5 skal ivareta andre formål enn godkjenning. Dels er det subsidiering av pasientens behandlingsutgifter (en «pasientrettighet»), dels er finansieringsordningene deler av en fordelingspolitikk med hensyn til helsepersonell (sikre distriktene og utkantsykehus nødvendig helsepersonell). Selv om formålet med finansieringsordningene altså ikke er å styrke enkelte profesjonsgrupper, vil statlige refusjonsordninger overfor publikum, og den utøvende gruppen, gi økt legitimitet til den behandling gruppen tilbyr, ved at behandlingen anses som så «nødvendig» at den delvis dekkes av det offentlige. Det er ikke innført refusjonsordninger for alle grupper godkjent helsepersonells behandling, se punkt 10.9.2.

10.3.3.2 Plikter

Det er lov- og forskriftsfestet en rekke plikter for helsepersonell. De fleste av profesjonslovene og -forskriftene inneholder slike regler, men i svært varierende omfang. Plikter er fastsatt i størst detalj for leger og tannleger.

De fleste pliktene er knyttet til det å utøve virksomhet som helsepersonell, ikke til selve det å ha en godkjenning.

Plikter som gjelder de fleste av helseprofesjonene er meldeplikt til helsemyndighetene (start, flytting og opphør av virksomhet), plikt til å føre ordnede opptegnelser/journal og taushetsplikt.

Leger, tannleger, jordmødre, sykepleiere, fysioterapeuter og psykologer har plikt til å melde fra til sosialtjenesten og barneverntjenesten om nærmere bestemte forhold som regelmessig vil kunne føre til tiltak fra disse tjenestenes side.

Leger, tannleger og kiropraktorer har plikt til å stille sikkerhet eller tegne forsikring for erstatningsansvar de kan pådra seg i forbindelse med virksomheten.

Leger, tannleger og jordmødre har lovfestet plikt til å yte øyeblikkelig hjelp når det er påtrengende nødvendig.

Enkelte av lovene har spredte pliktbestemmelser, som for eksempel plikt til å holde lokalene rene og i orden og påse at apparater som brukes er i tilfredsstillende

stand (fysioterapeuter), plikt til å gi tilbakemelding til henvisende lege (kiropraktorer), plikt til å henvise til lege ved mistanke om visse sykdommer (optikere), opplysningsplikt og plikt til å gi kyndig og omsorgsfull hjelp og å støtte og stimulere til egeninnsats (jordmødre).

Legeloven fastsetter en rekke plikter av forskjellig art i tillegg til de ovennevnte, så som meldeplikt om fødsler og dødsfall, meldeplikt til politiet om unaturlige dødsfall, andre meldinger fastsatt i forskrift, informasjonsplikt overfor pasienter og eventuelt pårørende om helsetilstand og behandling, plikt til deltagelse i legevaktordning, til å yte kyndig og omsorgsfull hjelp, til å utvise sparsomhet på vegne av pasienten og det offentlige, til varsomhet, nøyaktighet og objektivitet ved utstedelse av attest og legeerklæring, plikt til å foreta undersøkelse og blodprøvetaking ved mistanke om alkoholpåvirkning, og kroppslig undersøkelse etter straffeprosessloven eller fengselsloven, meldeplikt om at innehaver av flysertifikat eller førerkort for bil ikke fyller de helsemessige krav, og plikt til å organisere virksomheten i visse former. En rekke av disse pliktene gjelder også for tannleger.

For leger og tannleger er det lovfestet en plikt til å utøve virksomheten forsvarlig. For de øvrige profesjonene vil en tilsvarende plikt i noen grad følge av de ulovfestede regler om culpa-ansvar (skyld-ansvar). Det legges til grunn av helsemyndighetene at det foreligger et alminnelig forsvarlighetskrav for virksomhet som helsepersonell.

I henhold til tilsynsloven skal alle som yter helsetjenester ha internkontrollsystem for virksomheten for å sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov og forskrift. Statens helsetilsyn har etter anmodning fra Sosial- og helsedepartementet utarbeidet utkast til en egen forskrift om internkontroll for helsetjenesten. I de sentrale helsemyndigheters dokument «Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten» (februar 1995) er det overordnede mål at alle virksomheter innen norsk helsevesen innen år 2000 skal ha etablert helhetlige og effektive kvalitetssystemer (som i tillegg til internkontroll som retter seg mot myndighetskrav, også ivaretar brukerkrav og bedriftsinterne krav).

I medhold av arbeidsmiljøloven og flere andre lover har Kommunal- og arbeidsdepartementet gitt en mer generell internkontrollforskrift (forskrift 6. desember 1996 nr. 1127 for systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter). Den gjelder virksomhet som omfattes av arbeidsmiljøloven og enkelte andre lover, herunder forurensningsloven og produktkontrollloven. Det skal innføres og utøves internkontroll, som skal tilpasses virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Denne vil komme til anvendelse på virksomhet som drives med ansatte.

Helsepersonell har også plikt til å la tilsynsmyndigheter føre tilsyn med virksomheten for å vurdere om denne er forsvarlig, se punkt 10.6.2. Dette kan medføre ansvar for virksomhet som ikke finnes å tilfredsstille minimumskravene til faglig standard, og utøvernes profesjonsansvar kan føre til ulike reaksjoner fra tilsynsmyndigheten fra uformelle korrekser til tilbakekall av godkjenning/autorisasjon. Manglende faglighet kan også føre til arbeidsrettslige reaksjoner fra arbeidsgiver, til erstatningsrettslig ansvar (se punkt 10.6.5) og straff (se punkt 10.6.6).

10.4 ALTERNATIV MEDISIN OG LOV OM INNSKRENKNING I AD- GANGEN FOR DEN SOM IKKE ER NORSK LÆGE ELLER TANNLÆGE, TIL Å TA SYKE I KUR

10.4.1 Generelt om alternativmedisinsk behandlingsvirksomhet

Det finnes ikke særskilt lovregulering av alternativ medisin, for eksempel om hvem som kan yte slike tjenester og hvordan, krav til utdanning eller andre kvalifikasjoner, organisasjonsformer, taushetsplikt, journalføring eller andre plikter.

De fleste som utøver alternativ medisin gjør dette i privat praksis uten offentlig tilskudd og uten tilknytning til det offentlige helsevesen. Det er vanlig å drive som selvstendig næringsdrivende i enkeltmannsforetak, det vil si at virksomheten drives for egen regning og risiko, med eller uten ansatte. Særlig i byer er det vanlig med kontorfellesskap mellom flere behandlere som driver hvert sitt enkeltmannsforetak. Virksomheten kan også organiseres som et selskap, enten ansvarlig selskap eller selskap med begrenset ansvar, for eksempel aksjeselskap. Det er etableringsfrihet, og virksomheten reguleres av de alminnelige regler for næringsvirksomhet, herunder regnskapsloven. Den generelle internkontrollforskriften i medhold av arbeidsmiljøloven og flere andre lover, se punkt 10.3.3.2, kan gjelde også behandlingsvirksomhet innen alternativ medisin. Forskriften kommer til anvendelse når det er en eller flere ansatte i virksomheten.

Lov 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur, i offisiell kortform: kvaksalverloven (se punkt 3.1 avslutningsvis), har en del bestemmelser av betydning for virksomhetens innhold og utøvelse, se punkt 10.4.6 til 10.4.10, samt tittelbruk og markedsføring, se punkt 10.4.2 og 10.4.3. Videre kan en del bestemmelser spredt i den alminnelige lovgivningen være aktuelle, herunder personregisterloven (lov 9. juni 1978 nr. 48), markedsføringsloven (lov 16. juni 1972 nr. 47 om kontroll med markedsføring og avtalevilkår), pristiltaksloven (lov 11. juni 1993 nr. 66), legemiddelloven, skadeserstatningsloven (lov 13. juni 1969 nr. 26), straffeloven (lov 22. mai 1902 nr. 10) m.fl. Ut fra det erstatningsrettslige culpa-ansvar og straffebestemmelsen i kvaksalverloven § 7 kan i noen grad utledes et krav til forsvarlighet under utøvelse av virksomheten, se punkt 10.4.10.

EØS-avtalen innebærer ikke særskilt regulering av alternativ medisin eller bruk av ulike behandlingsmetoder. De generelle prinsipper om fri bevegelighet, etableringsfrihet og likebehandling kommer til anvendelse. Alternativmedisinske behandlere kan etablere seg i Norge og utøve virksomhet på lik linje med norske borgere med de begrensninger som følger av kvaksalverloven. Kvaksalverlovens regel om ti års botid i Norge antas å være i strid med de alminnelige regler om etableringsrett i EØS-avtalen og forutsettes ikke håndhevet overfor EØS-borgere, se punkt 10.4.6. Bestemmelsen er foreslått opphevet. Tilsvarende kan norske utøvere etablere seg i andre EØS-stater. Hvis yrket er lovregulert i vedkommende land, må den norske utøveren oppfylle de krav som oppstilles, men reguleringen må ikke være diskriminerende overfor EØS-borgere.

I tillegg til lovregulering av betydning for alternativmedisinsk behandlingsvirksomhet, har mange foreninger og forbund som organiserer alternativmedisinske behandlere, etiske regler, disiplinærordninger m.v. for sine medlemmer, se punkt 10.6.4.

10.4.2 Tittelbruk

Alternativmedisinske utøvers valg av tittel begrenses dels av helseprofesjonslovene som gir godkjent helsepersonell enerett til titler, og dels av kvaksalverloven.

Kvaksalverloven har i § 1 bestemmelser om begrensning i tittelbruk for den som tar syke i kur uten å være norsk lege eller tannlege. Vedkommende må ikke kalle seg lege eller tannlege eller bruke noen annen tittel eller betegnelse som er egnet til å få folk til å tro at han har rett til å utøve lege- eller tannlegevirksomhet. Forbudet gjelder alle betegnelser som inneholder ordene lege eller doktor eller forkortelser av disse samt ord og forkortelser som lett kan forveksles med slike betegnelser. Vedkommende må heller ikke på annen måte uriktig utgi seg for å være autorisert til å yte hjelp i sykdomstilfelle eller betegne seg som spesialist i noen slags sykdom eller sykebehandling. Som eksempel fra rettspraksis på området kan nevnes domfellelse for avertering med bruk av betegnelsen «konsulent i naturlegemetoden» (Norsk Retstidende (Rt.) 1950 side 971).

De fleste andre helsepersonellgruppers yrkestitler er beskyttet i profesjonslovene, se punkt 10.3.3.1. For noen grupper vedkommende, for eksempel sykepleiere, er ikke selve yrkesbetegnelsen («sykepleier») en beskyttet tittel. Beskyttelsen gjelder da betegnelsen «offentlig godkjent sykepleier». Tittelbeskyttelse medfører ofte ikke beskyttelse av yrkesutøvelsen, se under punkt 10.3.3.1 om hvilke typer virksomhet som er forbeholdt ulike grupper godkjent helsepersonell.

Det kan reises spørsmål om lovbeskyttelse av andre titler enn lege, for eksempel kiropraktor, også vil ramme bruk av omskrivninger som «utøver av kiropraktikk» eller lignende. Det er noe tvilsomt om siste alternativ i kvaksalverloven § 1 om forbud mot å betegne seg som spesialist i noen slags sykebehandling, kan anvendes på slike betegnelser. Bestemmelsen omfatter naturligvis betegnelser som «spesialist i kiropraktikk», men i og med at det er en straffebestemmelse må det utvises forsiktighet med hensyn til utvidende fortolkninger. Spørsmålet synes ikke avklart. I tillegg til kvaksalverloven § 1 nest siste alternativ («... uriktig utgi seg for å være autorisert til å yte hjelp i sykdomstilfelle») inneholder enkelte av profesjonslovene bestemmelser som i tillegg til å beskytte selve yrkestittelen, forbyr bruk av betegnelser som er egnet til å gi inntrykk av at vedkommende er godkjent yrkesutøver, jf. sykepleierloven § 9 og psykologloven § 1.

Utover det som følger av det ovenstående er ikke bruk av titler i forbindelse med alternativ medisin regulert i lov eller forskrift. Betegnelser som for eksempel homøopat, akupunktør og soneterapeut er således ikke lovbeskyttet. Hvem som helst kan benytte slike betegnelser så lenge det ikke er i strid med markedsføringslovens regler om anvendelse av uriktig eller på annen måte villedende fremstilling eller fremgangsmåte som er egnet til å påvirke etterspørselen av ytelser (§ 2). Det er ikke uvanlig at alternativmedisinske behandlere som er medlem av en eller flere utøverforeninger/yrkesforbund, bruker en tilføyelse som viser foreningstilknytningen, for eksempel «homeopat MNHL» (medlem av Norske Homeopaters Landsforbund).

10.4.3 Markedsføring, priser m.v.

Alternativmedisinske behandleres adgang til å annonsere eller på annen måte reklamere for sin virksomhet begrenses av kvaksalverloven § 2. Den som tar syke i kur uten å være norsk lege eller tannlege, må ikke avertere eller ved tekst eller bilder gjøre reklame for sin virksomhet, bortsett fra navn, adresse, kontortid og en alminnelig meddelelse om virksomhetens art. Avertering eller reklame som er overdreven eller misvisende eller som angår virksomhet som strider mot kvaksalverloven, er forbudt. Statens helsetilsyn kan (etter delegering fra departementet) dispensere fra forbudet. Dispensasjon er ikke gitt.

Fylkeslegene/Statens helsetilsyn behandler jevnlig saker som resulterer i henstilling om å avstå fra annonsering som anses i strid med kvaksalverloven, og i en del tilfeller inngis politianmeldelse, se punkt 10.6.2.3.

Markedsføringen reguleres også av markedsføringsloven. Loven har en generell bestemmelse om at det i næringsvirksomhet ikke må foretas handling som er urimelig i forhold til forbrukere (§ 1). Loven har også bestemmelser som direkte retter seg mot uriktig eller på annen måte villedende fremstilling eller fremgangsmåte (§ 2), fremstilling som ikke gir forsvarlig eller tilstrekkelig veiledning eller trekker inn uvedkommende forhold og derfor må anses urimelig, og annen framgangsmåte som utnytter forbrukerens mangelfulle erfaring eller kunnskaper og derfor må anses urimelig (§ 3). For eksempel har reklame med påstander som annonsøren ikke kan dokumentere, vært ansett urimelig. Det er et vilkår for overtredelse at fremstillingen er egnet til å påvirke etterspørselen etter varer, tjenester eller andre ytelser.

Markedsføringsloven gjelder ikke priser og forretningsvilkår. Dette reguleres i pristilaksloven og konkurranseloven. Pristilaksloven setter forbud mot urimelige priser og forretningsvilkår (§ 2). Konkurranseloven (lov 11. juni 1993 nr. 65 om konkurranse i ervervsvirksomhet) stiller krav om at informasjon om priser - så langt det er praktisk mulig - skal finnes lett synlig for forbrukerne (§ 4-1).

10.4.4 Behandling av pasientopplysninger

Alternativmedisinske utøveres behandling av pasientopplysninger er ikke lovregulert utover det som følger av personregisterloven. Det er således ikke lovbestemt taushetsplikt eller regler for journalføring og -oppbevaring for denne type virksomhet. Mange av utøverforeningene har etiske regler som omfatter taushetsplikt og eventuelt andre regler for behandling av pasientopplysninger, se punkt 10.6.4.

Av personregisterloven følger at registrering av personopplysninger skal være saklig begrunnet ut fra hensynet til administrasjon og virksomhet i det organ eller foretak som foretar registreringen, jf. § 6. Det er nærmere oppregnet hvilke typer opplysninger som ikke må registreres uten at det er nødvendig. Denne bestemmelsen gjelder all registrering av personopplysninger i privat næringsvirksomhet m.v., uansett om opplysningene registreres manuelt eller ved bruk av elektroniske hjelpemidler.

Med personopplysninger menes i loven opplysninger og vurderinger som direkte eller indirekte kan knyttes til identifiserbare enkeltpersoner, sammenslutninger eller stiftelser. Med personregistre menes registre, fortegnelser m.m. der personopplysninger er lagret systematisk slik at opplysninger om den enkelte person kan finnes igjen.

I henhold til § 9 kreves konsesjon fra Datatilsynet for å opprette personregistre som skal gjøre bruk av elektroniske hjelpemidler. Konsesjon kreves også for å opprette andre registre dersom de skal inneholde nærmere bestemte typer sensitive opplysninger, blant annet opplysninger om helseforhold.

I medhold av forskrift av 21. desember 1979 nr. 22 gitt i medhold av personregisterloven m.m. § 2-10, er godkjent helsepersonells manuelle pasientregistre unntatt fra konsesjonsplikt. Tilsvarende gjelder ikke alternativmedisinske behandleres registre.

Når det gis konsesjon, skal det fastsettes regler for personregisteret som angir hvilke typer opplysninger registeret kan inneholde, og hva registeret kan brukes til. Det kan settes vilkår, for eksempel om innsamling og kontroll av opplysninger, om behandling og lagring av opplysningene, og om utlevering, retting og sletting av opplysninger.

En eller flere av organisasjonene for alternativmedisinske utøvere har i samarbeid med Datatilsynet laget et standardbrev som medlemmene kan benytte ved søknad om konsesjon. Datatilsynet har utarbeidet standardvilkår for konsesjon for medlemmer av tre slike organisasjoner. Konsesjonsvilkårene er i stor utstrekning like de som brukes ved konsesjon til fysioterapeuter, leger, tannleger og psykologer, men med noen forskjeller i hvilke typer opplysninger som kan registreres, og med vilkår om taushetsplikt idet dette ikke er lovfestet for alternativmedisinske behandlere.

Loven har også bestemmelser om retting, sletting og supplering av uriktige eller ufullstendige opplysninger eller opplysninger som det ikke er adgang til å ta inn i registeret, eller som ikke lenger har betydning. Et vilkår for krav om retting m.v. er at mangelen har betydning for den registrerte.

I medhold av lovens § 7 har alle rett til å få opplyst hvilke opplysninger om dem selv som lagres eller bearbeides ved elektroniske hjelpemidler. Unntak gjelder blant annet opplysninger som det må anses utilrådelig at vedkommende får kjennskap til, av hensyn til deres helse eller forholdet til personer som står dem nær.

I henhold til lovens § 4 skal Datatilsynet føre en systematisk fortegnelse over personregistre som er gitt konsesjon. Fortegnelsen skal være tilgjengelig for alle og skal inneholde også de vilkår som er fastsatt. Datatilsynet har opplyst at Datatilsynets elektroniske arkivsystem, sortert etter journalnummer, utgjør fortegnelsen. Datatilsynet skal gi råd og veiledning og føre tilsyn med at de gjeldende regler blir fulgt.

I NOU 1997:19 er det foreslått ny lov om behandling av personopplysninger. Behovet for lovrevisjon har dels sammenheng med Norges forpliktelse til å implementere EF-direktiv 95/46 om beskyttelse av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger og om fri utveksling av slike opplysninger. Også etter utkastet til ny lov skal opplysninger om helseforhold regnes som sensitive personopplysninger (§ 2 nr. 8). Inn under dette faller også opplysninger om sosiale forhold dersom de medfører eller kan medføre helseproblemer (jf. side 134). Sensitive opplysninger kan etter § 9 i lovutkastet bare behandles i de oppregnede tilfellene. Et alternativ (§ 9 nr. 8) er at det er nødvendig for medisinske formål eller for forvaltning av helsetjenester og opplysningene behandles av en helsearbeider som har taushetsplikt. Taushetsplikten må bygge på lov eller på regelverk som er fastsatt av «kompetente nasjonale organer». Slikt taushetsplikt har som nevnt ikke alternativmedisinske utøvere i dag. Det alternativ som kan være aktuelt i forbindelse med alternativ medisin, er at pasienten samtykker (§ 9 nr. 1). Med samtykke menes i denne sammenheng «en uttrykkelig og informert erklæring» om at vedkommende godtar at opplysninger om en selv blir behandlet (§ 2 nr. 7). Lovutkastet inneholder en rekke bestemmelser om behandlingen av personopplysninger, blant annet § 11 om at opplysningene til enhver tid skal være sikret tilstrekkelig konfidensialitet og ha den kvalitet og tilgjengelighet som formålet med behandlingen tilsier. I henhold til lovutkastet § 31 vil det gjelde meldeplikt for behandling av personopplysninger ved hjelp av elektroniske systemer og ved opprettelse av manuelt personregister som skal inneholde sensitive opplysninger. I henhold til lovutkastet (§ 33) vil det kreves konsesjon for å behandle sensitive personopplysninger bare når formålet med behandlingen er å treffe enkeltavgjørelser som definert i § 2 nr. 9. Dette er enkeltvedtak, jf. forvaltningsloven § 2 bokstav b og a, og andre avgjørelser som er bestemmende for bestemte private personers rettigheter eller plikter.

10.4.5 Generelt om kvaksalverloven

Den nåværende kvaksalverloven av 1936 (lov av 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur), viderefører tidligere lov, men innebar en skjerpelse på visse punkter. Se punkt 4.6 om den tidligere kvaksalverlovgivningen.

Loven er over 60 år gammel og har kun vært gjenstand for mindre endringer senere. Loven bærer preg av å være gitt under helt andre forhold enn dagens. Den må forstås ut fra den omstendighet at det autoriserte helsepersonell den gang stort sett var leger og tannleger. Det antas at loven i dag må tolkes innskrenkende på flere punkter, blant annet i lys av de nyere helsepersonellovene og EØS-avtalen.

10.4.6 Hvem kan «ta syke i kur» - utgangspunkt

Utgangspunktet i kvaksalverloven er at alle kan «ta syke i kur». For andre enn norske leger setter loven imidlertid flere begrensninger i denne adgangen. Begrepet «norsk lege» omfatter leger med norsk autorisasjon uavhengig av statsborgerskap.

I følge lovens § 5 må den som ikke er norsk lege, tannlege, psykolog eller kiropraktor, ikke ta syke i kur med mindre han har oppholdt seg i landet i minst ti år eller dersom han har utstått frihetsstraff her eller i utlandet. Omstreifer har ikke anledning til å ta syke i kur med mindre han er norsk lege, tannlege, psykolog eller kiropraktor. Hele § 5 er i Ot.prp. nr. 13 (1998-99) om lov om helsepersonell m v foreslått opphevet. Utvalget vil likevel redegjøre for gjeldende rett vedrørende denne bestemmelsen.

Utvalget antar at kravet til ti års botid ikke kan gjelde for helsepersonell med norsk godkjenning. Når det gjelder borgere fra EØS-stater må et slikt krav antas å være i strid med EØS-avtalen, idet det vil være diskriminerende og hindre fri bevegelse av personer. Men det gir heller ikke god mening å stille krav om botid for andre utlendinger (eller for nordmenn som har bodd i utlandet) dersom de av helsemyndighetene har fått norsk godkjenning.

Bestemmelsen ble endret i 1973 i forbindelse med psykologloven, slik at det ikke stilles krav om botid for psykologer, og igjen i 1992 med unntak for kiropraktorer. I forarbeidene til den siste lovendringen (Ot.prp. nr. 33 (1991-92)) er det uttalt at kvaksalverloven først og fremst er ment å ramme de grupper som ikke har noen offentlig autorisasjon. Noe av begrunnelsen for å unnta kiropraktorer fra botidskravet, var at det var nødvendig for å kunne innlemme kiropraktorene i den nordiske overenskomst om godkjenning av helsepersonell. Det er uklart hvorfor ikke alle helsepersonellgrupper med offentlig godkjenning er blitt unntatt fra botidskravet etterhvert som godkjenningsordninger er blitt innført, slik som for psykologer og kiropraktorer, eller iallfall da loven ble endret i 1992 for å unnta kiropraktorer. Lovendring var nok av særlig betydning for kiropraktorenes vedkommende idet kiropraktorutdanning ikke er tilgjengelig i Norge, men det ville vært naturlig å foreta en bredere vurdering idet det siden 1936 var opprettet godkjenningsordninger for en rekke andre helsepersonellgrupper. Forarbeidene tyder ikke på at det ble foretatt en bevisst, begrunnet forskjellsbehandling mellom kiropraktorer og de andre gruppene, men at unntak for de øvrige grupper ikke ble tatt opp til vurdering. Det synes nærmest forutsatt at forholdet til den nordiske overenskomst allerede var i orden for de øvrige helseprofesjonene. Noe av grunnen kan være at flere av de øvrige yrkesgruppene, for eksempel sykepleiere og hjelpepleiere, sjelden driver selvstendig virksomhet, men oftest er ansatt og kan anses som leges medhjelper.

Nå gjør EØS-avtalen det ikke bare naturlig, men nødvendig med en innskrenkende fortolkning. Statens helsetilsyn har i skriv av 11. januar 1994 til fylkeslegene med veiledning i saker etter kvaksalverloven uttalt at de nordiske overenskomster

om arbeidsmarked og gjensidig godkjenning av helsepersonell og EØS-avtalen kan tale for at borgere fra disse landene må unntas fra botidskravet.

Det vises også til § 27 i forskrift om godkjenning m.m. av helsepersonell i henhold til EØS-avtalen, hvorefter EØS-borgere som fyller vilkårene for godkjenning i Norge i henhold til forskriften, og som utøver virksomhet i hjemlandet eller siste oppholdsland, kan yte tjenester under midlertidig opphold i Norge uten å ha norsk godkjenning. Denne bestemmelsen må ha forrang fremfor kvaksalverlovens regel om botid. Vedkommende må varsle fylkeslegen om forholdet, herunder i hvilket tidsrom han/hun akter å utøve virksomheten og om virksomhetens innhold, og fremlegge bevis for at han/hun fyller vilkårene for godkjenning. Det er uklart hvor lang tid oppholdet kan vare. Det er også en del uavklarte forhold omkring adgangen til å yte tjenester over landegrensene i andre sammenhenger.

Heller ikke når det gjelder utøvelse av virksomhet som ikke krever godkjenning i Norge, for eksempel innen alternativ medisin, kan det stilles krav til botid for EØS-borgere (som følge av den frie etableringsrett), mens lovens krav trolig fortsatt gjelder for slike utøvere fra andre land. Rettstilstanden for så vidt gjelder statsborgere fra EØS-land er kommet til uttrykk blant annet i brev av 30. mai 1997 fra Sosial- og helsedepartementet til Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon.

Bestemmelsen om «utstått frihetsstraff» tar sikte på utholdt fengselsstraff og lignende, ikke betinget straff. Straffens lengde er ikke av betydning, og det er ikke avgjørende om straffedommen har tilknytning til behandlingsvirksomheten. Bestemmelsen håndheves neppe i særlig utstrekning.

Bestemmelsen som forbyr omstreifere å ta syke i kur er gammelmodig og i dag av liten betydning. Bakgrunnen for regelen kan muligens være hensynet til kontinuitet i behandlingen og behandlerens mulighet for oppfølging av pasienter, samt at det kan være vanskelig å få kontakt med en behandler uten fast bopel for å gjøre gjeldende erstatningsansvar og lignende. Av forarbeidene fremgår imidlertid at bestemmelsen i første rekke tok sikte på å hindre tatere i å ta syke i kur og slik var et ledd i diskrimineringen av denne gruppen. Bestemmelsen er derfor i dag i det vesentlige av historisk interesse.

Helt uavhengig av kvaksalverloven er det i apotekloven fastsatt at apotekere og apotekpersonale ikke må «ta syke under behandling eller gi legeråd», unntatt hvor hurtig hjelp er påkrevd (§ 24).

10.4.7 Hva det er å «ta syke i kur»

Kvaksalverloven gjelder det å «ta syke i kur». Loven har ingen definisjon av dette begrepet. Forarbeidene (Ot.prp. nr. 39 (1936)) gir en viss veiledning om grensedragningen. I proposisjonen er uttalt at begrepet omfatter slikt som «sårbehandling, medisinforskrivning, sykemassasje og lignende, også det å gi råd for sykdommer eller søke å helbrede folk ved psykisk påvirkning m.v.». Undersøkelse og diagnostisering omfattes. Loven rammer ikke alminnelig sykepleie og heller ikke leilighetsvis hjelp med alminnelige husråd. Behandling som har kosmetisk formål, for eksempel tatovering og det å lage hull i øreflippen, faller utenfor i og med at det ikke er behandling av syke. Religiøs virksomhet, for eksempel forbønn, vil normalt falle utenfor. Det må imidlertid foretas en konkret vurdering hvor det legges vekt på blant annet om det kreves vederlag, om det drives markedsføring og om det gis løfte om helbredelse. Loven omfatter behandling av såvel fysiske som psykiske lidelser.

Det foreligger flere dommer fra Høyesterett om grensene for hva som ligger i å ta syke i kur. Som eksempler på forhold som har ført til domfellelse kan nevnes Rt. 1950 side 971 (skriftlige råd om vannbehandling og resept på urtemedisin), Rt. 1965 side 155 (behandleren la sine hender, som var fuktet i mentoloppløsning, på det

syke sted, oppnådde en «elektrisk utstråling» fra hendene og masserte stedet) og Rt. 1985 side 19 (diagnostisering ved å legge en hårlokk i et apparat med henblikk på senere behandling («radioni»)). Et eksempel på frifinnelse (under dissens) finnes i Rt. 1961 side 212 (tannteknikers anbringelse og tilpassing av kunstige tenner på plate (gebiss) hvor det ikke forelå sykelig tilstand, ble ikke ansett som å ta syke i kur).

Ordlyden «ta syke i kur» kan tyde på at kvaksalverloven retter seg mot behandling av sykdom som allerede er oppstått, og ikke omfatter sykdomsforebyggende og generell helsefremmende virksomhet. Rettstilstanden er imidlertid uklar. Det er således uklart om loven omfatter for eksempel vaksinerings eller blodprøvetaking som foretas rutinemessig uten mistanke om sykdom. Statens helsetilsyn synes i noen grad å ha lagt til grunn at forebyggelse av sykdom omfattes. Statens helsetilsyn uttalte i 1989 i en sak om sykepleieres kolesteroltesting at dette måtte omfattes av loven. På den annen side fant Statens helsetilsyn ikke at loven rammet et tilfelle hvor en person hevdet at kreft kunne være en langtidsvirkning av jordstråling og/eller elektriske felt, og tilbød behandling som hun mente kunne nøytralisere den negative virkningen av feltene.

10.4.8 Behandling som er forbeholdt leger (og enkelte andre grupper godkjent helsepersonell)

10.4.8.1 Innledning

Kvaksalverloven har regler som begrenser adgangen for andre enn leger, og til dels tannleger, til å ta syke i kur, både for så vidt gjelder behandling av nærmere angitte sykdommer, se punkt 10.4.8.2, og bruk av visse behandlingsmåter, se punkt 10.4.8.3 og 10.4.8.4. Det finnes også andre spredte lovbestemmelser om behandlingsmåter som er forbeholdt visse grupper godkjent helsepersonell.

10.4.8.2 Sykdommer som er forbeholdt leger å behandle

Behandling av visse oppregnede sykdommer er forbeholdt norske leger, jf. kvaksalverloven § 4. Dette gjelder kreft, sukkersyke, farlige anemier, struma med sykelige former samt allmennfarlige smittsomme sykdommer etter lov om vern mot smittsomme sykdommer (lov 5. august 1994 nr. 55, jf. forskrift 1. januar 1995 nr. 100), herunder blant annet kjønnssykdommer, HIV-infeksjon, hepatitt, tuberkulose, kikhoste, poliomyelitt og meningokokksykdom.

Det fritar ikke vedkommende for straff at han på grunn av manglende legekyndighet ikke har forstått sykdommens art, jf. § 6. I Rt. 1985 side 931 er innholdet av bestemmelsen drøftet i noen utstrekning.

Det kan reises spørsmål om loven skal tolkes slik at den som ikke er lege, i det hele tatt ikke har lov til å behandle personer med disse sykdommer, eller om loven må forstås slik at det er lovlig dersom pasienten er under legebehandling og den andre behandlingen kommer i tillegg, enten direkte rettet mot sykdommen, eller mot andre lidelser eller som smertelindring.

Statens helsetilsyn har i veiledningsskriv av 11. januar 1994 til fylkeslegene uttalt at spørsmålet om forbudet også omfatter behandling av plager og symptom i forbindelse med sykdommen, for eksempel kvalme, hodepine og lignende, må vurderes konkret. Det bør legges vekt på hvor nær sammenhengen er mellom behandlingen og sykdommen som er nevnt i § 4, herunder hva som er formålet med behandlingen. Det er vist til at lovens ordlyd taler mot at slik behandling omfattes, men at lovforarbeidene og rettspraksis har definert behandlingsbegrepet svært vidt, slik at det omfatter blant annet lindring av sykdom. Med hensyn til diagnostisering

og behandling av kreft har Statens helsetilsyn i enkeltsaker uttalt at forbudet gjelder uten hensyn til om pasienten allerede har vært - eller er - under medisinsk behandling. I brev av 5. november 1996 til Det Norske Healerforbundet i anledning forespørsel vedrørende behandling av kreftpasienter, har Sosial- og helsedepartementet vist til de samme momenter og konkludert på samme måte som Statens helsetilsyn i skrivet av 11. januar 1994.

Fra rettspraksis kan nevnes underrettens avgjørelse i den sak som er omhandlet i Rt. 1939 side 273. Det ble ikke lagt avgjørende vekt på at kreftpasientene som tiltalte hadde behandlet, var «oppgitt» (av leger) idet tilfellene var inoperable, og at tiltalte ikke hadde forespeilet helbredelse, men kun smertelindring. I en nyere avgjørelse i Rt. 1989 side 421 er det uttalt at det ikke kan være avgjørende for om § 4 kommer til anvendelse, at de kreftsyke som domfelte hadde behandlet, parallelt med dette hadde vært under legebehandling, men at det vil være av betydning for straffverdigheten.

Etter utvalgets mening taler både lovens ordlyd («... ta syke i kur og derunder behandle ... sykdommer ...») og allmenne hensyn for at behandling med henblikk på smertelindring, styrking av immunforsvaret eller annen behandling som ikke er rettet direkte mot de sykdommer som er oppregnet i loven, faller utenfor lovens forbud, og iallfall må være tillatt som et supplement til legebehandling.

Behandling som tilsikter helbredelse av de oppregnede sykdommer, er i utgangspunktet forbudt. Noe usikkert kan dette imidlertid være dersom behandlingen ytes i tillegg til legebehandling og ikke har negativ innvirkning på legebehandlingen, og i alle fall der skolemedisinen ikke har metoder eller midler som antas å ville kunne helbrede pasienten. I slik sammenheng kan det reises spørsmål om det er riktig å straffe behandlere som imøtekommer pasienters ønske om alternativ medisin i håp om lindring og helbredelse. Slik straff innebærer i realiteten en sterk begrensning i individets handlefrihet. Hensynet til å beskytte pasienten mot skader, villedelse og økonomisk utnyttelse, som er en vesentlig del av begrunnelsen for bestemmelsen i kvaksalverloven, vil ofte ikke være truet av at det tillates å yte slik behandling. Derimot må det helt klart være ulovlig dersom behandleren anbefaler pasienten å unngå kontakt med lege i forbindelse med de nevnte sykdommer, slik at behandlingen ikke blir et supplement til legebehandling, men et ekskluderende alternativ. Det samme må antagelig gjelde om en alternativmedisinsk utøver behandler en slik pasient uten å forsikre seg om at pasienten er utredet av lege og får tilgjengelig legebehandling. Utvalget viser for øvrig til sin drøfting av strafferettslige spørsmål i punkt 15.2.

I denne sammenheng kan også nevnes at det ikke finnes lov- eller forskriftsregulering av adgangen til å yte alternativ medisin til pasienter i sykehus. Statens helsetilsyn har i brev av 30. oktober 1995 til landets sykehus (visstnok bare de somatiske), fylkeslegene, Norsk Sykepleierforbund og Den norske lægeforening, med visse reservasjoner i brev av 12. april 1996, trukket opp retningslinjer for hvordan man bør forholde seg når pasienter ønsker slik behandling i sykehus. Holdningen synes å være at pasienter bør ha anledning til bruk av alternativmedisinske behandlere under visse forutsetninger. Viktige forutsetninger er at pasienten har et genuint ønske om slik behandling, at behandlingen ikke kommer i konflikt med sykehusets behandling eller medfører fare for pasienten eller plage for andre pasienter. Videre må virksomheten ikke påføre sykehuset noe ansvar, medisinsk eller økonomisk, og en bør unngå tilfeller hvor det kan være tvil om lovligheten (jf. særlig kvaksalverloven § 4) eller mulige skadevirkninger.

10.4.8.3 Behandlingsmåter som er forbeholdt leger og tannleger og enkelte andre grupper godkjent helsepersonell

Visse undersøkelses- og behandlingsmetoder er ikke tillatt brukt av den som tar syke i kur uten å være norsk lege eller tannlege, jf. kvaksalverloven § 3. Dette gjelder bruk av reseptbelagte legemidler, operative inngrep, innsprøytninger, fullstendig eller lokal bedøvelse. Forskriftshjemmelen for å unnta andre undersøkelses- eller behandlingsmåter er i dag ikke benyttet.

Uttrykket «operative inngrep» har av Helsedirektoratet/Statens helsetilsyn vært tolket som all perforering av hudens overflate i forbindelse med diagnostisering eller behandling av sykdom, herunder blodprøvetaking og akupunktur. Det er imidlertid stilt spørsmål ved om denne vide tolkningen av hva som er operativt inngrep er holdbar, når det gjelder akupunktur med nåler som bare går så vidt gjennom huden, se punkt 10.4.8.4. Årelating omfattes i henhold til rettspraksis. Tatovering, hulltaking i øreflipper, piercing (hulltaking for innsetting av ringer eller annen pynt i ulike kroppsdeler), omskjæring (som ikke er medisinsk begrunnet) m.v. faller utenfor idet det ikke foretas som undersøkelse eller behandling av syk person. All omskjæring av kvinner er for øvrig forbudt etter kjønnslemlestelsesloven (lov 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse).

Også noen av helseprofesjonslovene har bestemmelser som begrenser retten til utøvelse av viss virksomhet til vedkommende profesjon, se punkt 10.3.3.1.

Hypnose (hensettelse i hypnotisk tilstand) med den hypnotisertes samtykke er i henhold til straffeloven § 364 forbudt unntatt når lege og psykolog benytter metoden i vitenskapelig øyemed eller ved sykebehandling. Det har av enkelte vært antatt at unntaket for leger og psykologer også gjelder for tannleger selv om disse ikke er nevnt direkte i bestemmelsen. Hverken de opprinnelige forarbeider til § 364 eller forarbeidene til lovendringen i 1973 da psykolog ble tilføyd, nevner spørsmålet om tannlegers bruk av hypnose. Statens helsetilsyn har på forespørsel uttalt at § 364 etter Statens helsetilsyns oppfatning ikke kan anvendes analogisk med hensyn til tannleger, men må tolkes etter sin ordlyd. Også etter utvalgets mening taler de beste grunner for å tolke bestemmelsen i samsvar med sin ordlyd, slik at leger og psykologer, men ikke tannleger, har adgang til å anvende hypnose i vitenskapelig øyemed eller ved sykebehandling. Likestilt med hypnose er hensettelse i avmakt, bevisstløshet eller lignende tilstand. I dom inntatt i Rt. 1960 side 727 er grensen mellom hypnose og tillatt suggesjon vurdert. Hypnose uten den hypnotisertes samtykke er straffbart uansett hvem som utfører den, se punkt 10.6.6.

Leger har i prinsippet full adgang til å delegere arbeidsoppgaver, også behandlingsmåter som er forbeholdt leger etter kvaksalverloven. Leger kan nytte annet helsepersonell i sin virksomhet i den utstrekning det er forsvarlig ut fra personellens kvalifikasjoner, arten av de oppgaver det gjelder, den instruksjon som gis og den kontroll som føres. Det antas at delegasjonsadgangen ikke er begrenset til annet offentlig godkjent helsepersonell. Legen beholder det faglige ansvaret for behandlingen, men medhjelperen kan også pådra seg ansvar. Hjemmelen i legeloven § 17 for å gi nærmere forskrift om legers samarbeid med helsepersonell er ikke benyttet. Tilsvarende delegasjonsadgang som den leger har, må gjelde andre grupper helsepersonell som har enerett til utøvelse av viss type virksomhet.

10.4.8.4 Særlig om akupunktur

Spørsmålet om akupunktur er å anse som et operativt inngrep i kvaksalverlovens forstand har vært gjenstand for langvarig diskusjon.

Justisdepartementets lovavdeling har uttalt at svaret kan bero på hvor dypt nålene stikkes og på medisinske vurderinger av risikoen for skadevirkninger.

Riksadvokaten har uttalt at det er noe uklar hjemmel for å gripe inn med straff mot de antatte brudd på kvaksalverloven § 3. Straffeforfølgning finner ikke sted.

Dansk høyesterett fastslo i 1981 under dissens at akupunktur måtte anses som et operativt inngrep etter dansk legelov.

I en artikkel i Lov og Rett fra 1983 har Woxholth vurdert spørsmålet i lys av lovens ordlyd, forarbeider, lovformålet og andre reelle hensyn. Han konkluderte med at akupunktur hvor nålene bare går 1-2 mm inn i huden neppe kan anses som operativt inngrep, og derfor må anses som slik annen undersøkelses- eller behandlingsmetode som nevnt i kvaksalverloven § 3 første ledd siste alternativ. Etter denne bestemmelsen kan departementet gi forskrift om å forbeholde metoden for leger og tannleger. Slik forskrift er ikke gitt. Woxholth kom til at det kan tenkes at dypere stikk må anses som operativt inngrep. Rettsteknisk og bevismessig er det uheldig å operere med en slik distinksjon, og han anbefalte at lovgiver snarest avklarer spørsmålet.

Helsedirektoratet oppnevnte i 1987 en prosjektgruppe bestående av seks leger og to jurister for å avklare om nåleakupunktur er å anse som et operativt inngrep og fremme forslag til eventuell regulering av nåleakupunktur og visse andre forhold. Gruppen avga rapport 20. september 1989 (Akupunktur - Utredning fra prosjektgruppe for utredning av nåleakupunktur m.v.). Gruppen definerte operativt inngrep som «enhver handling hvorved man i undersøkelses- eller behandlingsøyemed trenger inn i eller gjennom hud eller slimhinne» og konkluderte med at akupunktur måtte anses som et operativt inngrep i kvaksalverlovens forstand, slik at kun lege og tannlege (og deres medhjelpere) har adgang til å utøve akupunktur. Gruppen foreslo at fysioterapeuter med kyndighet i akupunktur burde gis adgang til å gi slik behandling etter rekvisisjon fra lege.

Prosjektgruppens rapport ble i 1990 sendt på høring til fylkeslegene, noen større sykehus samt Den norske lægeforening, Den norske tannlegeforening, Norske Fysioterapeuters Forbund, Norsk Sykepleierforbund og Norsk Kiropraktorforening. De fleste av høringsuttalelsene støttet i det vesentlige innholdet og konklusjonene i rapporten, eller hadde ingen bemerkninger. Flere understreket at det må stilles særlige kvalifikasjonskrav til den som skal utøve akupunktur, også til leger, tannleger og fysioterapeuter. Norsk Sykepleierforbund og Norsk Kiropraktorforening kom med kritikk av prosjektgruppens sammensetning med bare leger og jurister. Sykepleierforbundet tok til orde for en oppmykning av kvaksalverloven heller enn den innskrenkning prosjektgruppens definisjon av uttrykket «operativt inngrep» innebærer. Forbundet stilte seg kritisk til gruppens vurdering av ulike grunnutdanninger som grunnlag for tillatelse til å anvende akupunktur, og mente det er akupunkturutdanningen og opptakskravene til denne som bør vurderes. Det ble også påpekt at gruppen var feilinformert om sykepleierutdanningens innhold. Forbundet kunne videre ikke se at fysioterapeuter har bedre forutsetninger enn sykepleiere og jordmødre for å utøve akupunktur. Norsk Kiropraktorforening mente prosjektgruppens rapport var uegnet som grunnlag for definisjon av nåleakupunktur, operativt inngrep og regulering av slik virksomhet. Det ble blant annet pekt på at det i rapporten er uttalt at kiropraktorer ikke benytter akupunktur, uten at det opplyses at dette skyldes kiropraktorenes respekt for kvaksalverloven. Kiropraktorforeningen advarte mot at akupunktur innlemmes i lovverket før utdanningen er standardisert på et nivå som sikrer pasientene mot ukvalifisert behandling. Norsk Skole for Tradisjonell Akupunktur (NOSTRA) avga høringsuttalelse hvor det blant annet ble uttalt at det ikke er juridisk holdbart å anse akupunktur som et operativt inngrep.

Klagesaker vedrørende akupunktur politianmeldes ikke av Statens helsetilsyn på bakgrunn av påtalemyndighetens henleggelsespraksis og Riksadvokatens uttalelse. Men Statens helsetilsyn synes å være av den oppfatning at utøvelse av

akupunktur er lovstridig for andre enn leger og tannleger og deres medhjelpere, og har ved flere anledninger uttalt til fylkesleger at slike forhold bør påtales, og at det eventuelt kan iverksettes administrative sanksjoner etter helseprofesjonslovene overfor utøvere som tilhører en av profesjonene.

Sosial- og helsedepartementet uttalte i høringsnotat om ny helsepersonellov juli 1997 (side 4) at det er tvilsomt om det kan utledes av det rettslige grunnlag at nåleakupunktur skal regnes som et operativt inngrep etter gjeldende rett. I Ot.prp. nr. 13 (1998-99) (side 201) er det uttalt at fortolkningen av nåleakupunktur som operativt inngrep er tvilsom, og trolig ikke vil være holdbar i en straffesak.

Spørsmålet er altså ikke endelig avklart i norsk rett.

Etter utvalgets mening er det å strekke lovens ordlyd svært langt å kalle akupunktur et operativt inngrep. Da loven ble laget, var akupunktur ikke en alminnelig kjent behandlingsmetode i Norge, og det kan ikke utledes noe av forarbeidene om spørsmålet. Leger og tannleger har god kjennskap til menneskets anatomi m.v., men får ingen opplæring i akupunktur i forbindelse med utdanningen. Utdanningen i akupunktur - for leger/tannleger og andre - er varierende i lengde og fordypning. En person med grundig akupunkturutdanning må antas å være mer kvalifisert til å behandle med akupunktur enn de fleste norske leger og tannleger. Etter utvalgets mening taler således gode grunner for at akupunktur som ikke innebærer alvorlig risiko, er lovlig også for andre enn leger og tannleger. Ved vurderingen av om behandlingen innebærer alvorlig risiko, vil det ha betydning hvor dypt nålen(e) stikkes og i hvilket område på kroppen. Akupunktur med nåler som bare stikkes noen få millimeter inn i huden, har få og lite alvorlige bivirkninger, mens dypere stikk i «farlige områder» kan ha fatale følger, se nærmere om dette under punkt 13.3.1.

Ved utvalgets bedømmelse har det også betydning at akupunktur er blitt en relativt anerkjent behandlingsmetode i vestlige land i enkelte sammenhenger.

Det kan også nevnes at Sosial- og helsedepartementet i høringsnotatet om ny helsepersonellov foreslo å oppheve kvaksalverloven og erstatte § 3 med generelle bestemmelser (§ 11 og § 87 i lovutkastet) om at medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienten kun skal utøves av autorisert helsepersonell eller godkjente spesialister med nødvendig fagkompetanse, eventuelt annet, nærmere angitt helsepersonell med særskilt opplæring, dersom det fastsettes i forskrift. Det ble foreslått at departementet ved forskrift kunne fastsette det nærmere innhold i bestemmelsene. Forslaget er ikke fulgt opp i Ot.prp. nr. 13 (1998-99).

10.4.9 Fjernbehandling

I følge kvaksalverloven § 3 annet ledd må den som ikke er norsk lege eller tannlege, ikke ta syke i kur uten selv å undersøke vedkommende. Dette innebærer forbud mot behandling etter kontakt med den syke bare per brev, telefon eller lignende. Bestemmelsen tar sikte på å ramme «fjernhelbredelse» i ulike former. Det finnes flere eksempler på domfellelser etter denne bestemmelsen, se Rt. 1937 side 984 (sending av urtemedisin på grunnlag av undersøkelse av innsendte hårprøver), Rt. 1939 side 273 (sykebehandling etter korrespondanse og etter konsultasjon av en annen person på vegne av den syke), Rt. 1950 side 971 (rådgivning om behandling, resepter på urtemedisin m.v. etter skriftlige henvendelser) og Rt. 1955 side 492 (utdeling av urter til personer som på de sykes vegne oppsøkte behandleren og beskrev lidelsene, og sending av urter til syke etter skriftlige opplysninger).

Bestemmelsen må antagelig tolkes slik at behandleren (unntatt lege/tannlege) før første gangs behandling selv må undersøke den syke, men at det ikke er noe for-

bud mot videre rådgivning per telefon eller brev ved oppfølging av den syke i anledning samme sykdomstilfelle. Dette må gjelde såvel alternativmedisinske behandlere som godkjent helsepersonell. Ved annen sykdom eller senere tilfelle av samme sykdom antas at det oppstår en fornyet undersøkelsesplikt.

Videre antas at bestemmelsen må tolkes i lys av senere lovgivning som har innført en rekke nye grupper offentlig godkjent helsepersonell. Iallfall når det gjelder helsepersonell som utøver virksomhet av selvstendig karakter, for eksempel psykologer og jordmødre, taler gode grunner for en innskrenkende tolkning som tillater at disse innen sine fagområder gir råd og veiledning uten først å ha undersøkt pasienten personlig, i samme utstrekning som leger og tannleger kan gjøre det, det vil si i den utstrekning det er forsvarlig. Ut fra disse betraktninger må det være lovlig at for eksempel en psykolog som blir oppringt av en deprimert person, gir noen råd i telefonsamtalen. Tilsvarende må en jordmor som blir oppringt av en gravid kvinne med foruroligende symptom kunne gi veiledning om hvordan vedkommende skal forholde seg videre.

I akutsituasjoner vil nødrettsbetraktninger medføre at nødvendige råd kan gis over telefon eller på annen måte uten undersøkelse.

For øvrig bemerkes at den tekniske utvikling med stadig mer avanserte telekommunikasjonsmetoder leder til nye former for fjernbehandling («telemedisin») og nye problemstillinger i tilknytning til dette.

10.4.10 Krav til aktsomhet

Et krav til aktsomhet hos behandlere følger av det ulovfestede erstatningsrettslige culpa-ansvar og av straffebestemmelsen i kvaksalverloven § 7. Bestemmelsen rammer den som tar syke i kur uten å være norsk lege eller tannlege og derved utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare, enten ved selve behandlingen eller ved at den syke unnlater å søke kyndig hjelp. Det fritar ikke for straff etter kvaksalverloven § 7 at vedkommende på grunn av manglende legekyndighet ikke forsto faren eller sykdommens art. Ved bruk av bestemmelsens første alternativ (farlig behandling) må det ha foregått en handling som har medført en konkret fare for pasientens liv eller helbred. Faren kan oppstå ved at behandleren ikke behersker behandlingsmetoden godt nok, for eksempel akupunktur eller kiropraktorgrep. Eller faren kan ligge i at selve behandlingsmåten eller det middel som gis, i seg selv er farlig, for eksempel dersom pasienten får beskjed om å innta et stoff som behandleren mener er helbredende, men som egentlig er helseskadelig (også i den forskrevne dose). Behandling som setter liv eller helse i alvorlig fare, kan rammes selv om skade ikke er oppstått. Faren må antagelig være noenlunde nærliggende, og skaden som kunne oppstå, må ikke være helt uvesentlig.

Eksempler fra underrettspraksis på domfelte etter bestemmelsen er behandler som frarådet en kvinne å bruke digitalistabletter forordnet av lege med den følge at kvinnen ble alvorlig syk, men reddet av lege, og behandler som rådet diabetespasient å unnlate å ta foreskrevne insulindosering og i stedet følge opplegg med vegetarkost og mosjon. Et eksempel på frifinnelse er underrettsdommen referert i forbindelse med avgjørelsen i Rt. 1985 side 931. En behandler ble frikjent på grunn av den tvil som forelå med hensyn til om det var den alternativmedisinske behandlingen som helt eller delvis hadde vært årsak til at pasienten ikke hadde latt seg operere. Pasienten hadde hatt jevnlig kontakt med lege.

10.4.11 Offentlig godkjent helsepersonells utøvelse av alternativmedisinske behandlingsformer

Når alternativmedisinske behandlingsformer utøves av offentlig godkjent helsepersonell, vil utøvelsen måtte vurderes i lys av lovreguleringen for vedkommende profesjon.

Forsvarlighetskravet står sentralt i helselovgivningen. Helsetjenesten skal planlegges, organiseres og tilrettelegges på en forsvarlig måte, mens helsepersonell skal yte forsvarlig hjelp overfor den enkelte pasient. I forsvarlighetskravet ligger det en rettslig og faglig norm for hvordan virksomheten og den enkeltes yrkesutøvelse bør innrettes i ulike sammenhenger.

Kjernen i forsvarlighetskravet for helsepersonell er de faglige forventningene som kan stilles til den enkelte profesjon på bakgrunn av utdanning. Forsvarlighetskravet kommer eksplisitt til uttrykk i gjeldende legelov, tannlegelov og jordmorlov. Av ordlyden og forarbeidene til disse lovene fremgår at yrkesutøvelse anses uforsvarlig først dersom personellet handler på en annen måte enn det de faglige kvalifikasjoner tilsier. Spørsmålet her vil være grensen for forsvarlighet ved bruk av alternativmedisinske behandlingsmetoder. I tillegg til lovens ordlyd, forarbeider og de alminnelige samfunnshensyn, vil Statens helsetilsyns praksis ha relevans for å avgjøre innholdet i forsvarlighetskravet.

Statens helsetilsyn har i sin praksis lagt til grunn at helsepersonell må holde seg til anerkjente og utprøvde metoder for undersøkelse, behandling og oppfølging av pasienter. I Statens helsetilsyns praksis er det videre vektlagt om behandlingen gis i egenskap av autorisert/offentlig godkjent helsepersonell. I dette ligger det at pasienten har oppsøkt en behandler på bakgrunn av forventede kvalifikasjoner og forventet bruk av behandlingsmetoder. Forutsigbarheten for pasienten har med andre ord vært et vurderingstema. Momenter som hvor og når behandlingen skjer: i eller utenfor kontor og kontortid, har vært sentrale i vurderingen.

I brev av 14. januar 1998 fra Statens helsetilsyn til Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon vedrørende hjelpepleieres bruk av akupunktur, heter det blant annet:

«For godkjent helsepersonell vil adgangen til å anvende alternativmedisinske metoder begrenses av hva som er faglig forsvarlig virksomhet. Dette innebærer blant annet at aktuelle metode brukt på en gitt tilstand må anses å være innen allment akseptert faglig norm. Når offentlig godkjent helsepersonell utøver en alternativmedisinsk virksomhet som ikke kan anses å være innenfor sykepleiefaglig/medisinskfaglig allment akseptert faglig norm er det et grunnleggende krav at vedkommende utøver gjør det helt uomtvistelig klart at aktuelle virksomhet drives uten status som offentlig godkjent helsepersonell. Fylkeslegen/Statens helsetilsyn har myndighet til å vurdere om dette skillet er tilstrekkelig og kan eventuelt sanksjonere vedkommende helsepersonell etter helsepersonellovgivningen.»

Det er med andre ord en grense for hvilke metoder helsepersonell kan benytte som helsepersonell, men uten at dette innebærer krav om at de behandlingsmetoder som benyttes, skal være vitenskapelig dokumentert. Av dette kan utledes at de alternativmedisinske behandlingsmetoder som ligger innenfor det som anses anerkjent eller utprøvd, ikke kommer i strid med forsvarlighetskravet. Det interessante spørsmål her er om en behandlingsmetode som er ukjent, automatisk vil anses uforsvarlig, selv om den anses å ha liten eller ingen skadeevne og pasienten har samtykket til at den benyttes etter å ha blitt gjort kjent med metodens status med hensyn til anerkjennelse innen faget. I såfall har forsvarlighetskravet et mer omfattende innhold enn det alminnelige aktsomhetskrav som gjelder innen erstatning-

sretten. Utvalget er ikke kjent med at det foreligger rettspraksis som belyser dette spørsmålet.

I Statens helsetilsyns praksis er spørsmålet om ufarlige behandlingsmetoder og skadeevne i liten grad berørt. Innholdet i forsvarlighetskravet og den lave terskel for å anse dette kravet brutt, må i disse sammenhengene sees på bakgrunn av det reaksjonssystem som benyttes. Det dreier seg i hovedsak om skriftlige irettesettelser. Bruk av straffeadgangen i tilknytning til forsvarlighetskravet hadde trolig foranlediget at det måtte kreves en kvalifisert uforsvarlighet, uten at dette fremgår av lovgrunnlaget.

Som eksempel fra Statens helsetilsyns praksis i tilsynssaker kan nevnes at en lege ble gitt en tilrettevisning, under henvisning til legeloven § 25 (plikten til å utøve legevirksomheten forsvarlig), på grunn av bruk av «aurikuloterapi» som en integrert del i legens praksis. Metoden omfattet blant annet stabling av mynter av ulik legering i forbindelse med avlesning av puls for å lokalisere «nivået på lidelsen». Statens helsetilsyn fant det uforsvarlig å diagnostisere og behandle pasienter med «aurikulomedisin», og viste til at metoden ikke kan anses som en del av de allment aksepterte faglige normer for forsvarlig legevirksomhet, og til at det ikke var dokumentert at den hadde medisinsk eller legende effekt. Bruken av metoden kunne medføre at legen overså behovet for annen behandling. Ved å bruke metoden i sin legepraksis kunne han gi pasientene inntrykk av at den var fullt faglig forsvarlig. Statens helsetilsyn bemerket også at bruk av alternativ medisin ved siden av skolemedisin kan påføre pasientene unødige utgifter og tidsspille, jf. legeloven § 29 som pålegger leger å påse at pasienter, folketrygd og andre ikke påføres unødig utgift eller tidsspille.

Et annet eksempel er advarsel ilagt tannlege på bakgrunn av at en tann ble trukket etter diagnose stilt i hovedsak ved bruk av kinesiologi. Statens helsetilsyn uttalte at tannlegelovens forsvarlighetskrav er basert på behandling ut fra vitenskapelig dokumenterte metoder og tannlegeetiske regler, at kinesiologi ikke anses å kunne tilfredsstillende disse krav, og at vurderingen av om bruken av metoden er uforsvarlig må bero på en helhetsvurdering av forholdet. Det ble i saken lagt vekt på at kinesiologi ikke bare hadde vært et supplement til tradisjonelle og aksepterte metoder, men syntes å ha vært avgjørende for den behandling som ble valgt. Statens helsetilsyn kom til at beslutningen om å trekke tannen ikke var faglig begrunnet, og i strid med forsvarlighetskravet i tannlegeloven § 25. Det ble også understreket at det ved bruk av alternativmedisinske behandlingsmetoder er særlig viktig å overholde opplysningsplikten overfor pasienten slik at vedkommende har en reell valgmulighet.

Det foreligger også eksempler på at Statens helsetilsyn/Helsedirektoratet har meddelt fysioterapeuter advarsel for sammenblanding av virksomhet som fysioterapeut med alternativmedisinske behandlings- eller diagnostiseringsmåter som homøopati (mot magesår og blærekatarr) eller kinesiologi (for å påvise amalgamforgiftning). Det er uttalt at fysioterapeutisk virksomhet utelukkende skal bygge på metoder som er allment anerkjent innenfor profesjonen. Eventuell bruk av alternativmedisinske metoder må atskilles fra fysioterapivirksomheten, slik at pasienten får klart inntrykk av at fysioterapeuten ikke opptrer som sådan ved anvendelsen av de alternativmedisinske metodene. Det er også vist til fysioterapeutloven § 7 hvor etter fysioterapeuter ikke uten forordning av lege må behandle skader eller andre sykkelige tilstander, og at fysioterapeuten enten hadde gått utover det som var hensikten med legens henvisning, eller behandlet uten henvisning fra lege. Etter utvalgets mening er det imidlertid tvilsomt om fysioterapeutloven § 7 kan tolkes fullt ut i samsvar med ordlyden. Det er liten grunn til at fysioterapeuter ikke skal kunne ta syke i kur på selvstendig grunnlag når personer helt uten helsefaglig bakgrunn kan

gjøre det. Bestemmelsen må ses i sammenheng med retten til trygderefusjon og eneretten for fysioterapeuter til å utøve viss virksomhet, som følger av fysioterapeutloven § 1. Dette gjelder virksomhet som fysioterapeut eller virksomhet som går ut på å gi massasje som behandling av skader eller sykelige tilstander.

10.5 RETTSTILSTANDEN I ET PASIENTRETTIGHETSPERSPEKTIV

10.5.1 Innledning

Bestemmelser om pasientrettigheter er ikke samlet i én lov, men følger av, eller kan utledes av, diverse lover og andre rettskilder. Forslag til en egen pasientrettighetslov ble sendt på høring av Sosial- og helsedepartementet sommeren 1997, og odelstingsproposisjon ble fremmet i november 1998, se punkt 10.11 om foreslåtte endringer i helselovgivningen.

Noen viktige aspekter ved pasientrettigheter er rett til helsehjelp, rett til informasjon og journalinnsyn, og rett til selvbestemmelse.

I dette punktet sies litt om retten til helsehjelp. I punkt 10.5.2 omtales i første rekke retten til selvbestemmelse, det vil si pasientens frihet til å velge om han eller hun vil oppsøke behandling eller ta i mot tilbudt behandling, og til å velge mellom ulike typer behandling.

Pasientens rettskrav på behandling er begrenset, og rettstilstanden er ikke klar.

Enhver har rettskrav på legehjelp snarest mulig når legehjelp er påtrengende nødvendig. Dette følger av legeloven (§ 27) som fastsetter plikt for leger til å yte slik hjelp. Tilsvarende gjelder for tannleger og jordmødre. Likeledes har sykehus plikt til å motta pasienter uten opphold når den hjelp institusjonen kan gi, er påtrengende nødvendig (sykehusloven § 6, lov om psykisk helsevern § 2 sjette ledd).

Ifølge kommunehelsetjenesteloven (§ 2-1) har enhver rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han bor eller midlertidig oppholder seg. Det er ikke fastsatt nærmere regler for når en person har rettskrav på helsehjelp, eller hvilken type hjelp man kan ha krav på, og i hvilket omfang. Det må foretas en tolkning ut fra nødvendighetskravet. Videre kan det utledes noe om dette fra andre bestemmelser i loven, blant annet om hvilke typer tjenester kommunen plikter å tilby. Dette omfatter blant annet legetjeneste, fysioterapi, sykepleie og jordmortjeneste (§ 1-3). Tilsvarende har pasienter rett til tannlegebehandling i henhold til tannhelsetjenesteloven (§ 2-1). Kommunene har ansvaret for allmennhelsetjenester, og fylkeskommunen for tannhelsetjenester. Plikten til å yte helsehjelpen påhviler kommunen/fylkeskommunen. Alle kommuner må ha tilbud som holder en viss minstestandard, men kan for øvrig ha et varierende nivå. Det er noe uklart om retten til nødvendig helsehjelp er et ubetinget rettskrav, eller i hvilken grad den er betinget av kommunens økonomi og tilgang på helsepersonell. I Rt. 1990 side 874 (Fusa-dommen) som gjaldt en funksjonshemmet kvinnes rett til hjemmesykepleie, er det fastslått at et tjenestetilbud som ikke tilfredsstiller livsviktige behov for stell og pleie, ikke kan forsvares ut fra hensynet til kommunens økonomi.

Det er uavklart om pasienter har rettskrav på sykehusbehandling eller annen spesialisthelsetjeneste utover kravet på øyeblikkelig hjelp. Det er ikke gitt noen rettighetsbestemmelse tilsvarende den som gjelder for kommunehelsetjenesten.

De som har rettskrav på helsetjenester, går foran andre pasienter. Det er utarbeidet visse regler for fordeling av helsetjenester. Dessuten må ulovfestede prinsipper tas i betraktning ved prioritering av pasienter som har behov for helsetjenester det er knapphet på.

Ventetidsforskriften (forskrift 27. juni 1997 nr. 654 om ventetidsgaranti) har blant annet til formål å sørge for en rettferdig fordeling av helsetjenestene. Det er

høyst uklart om forskriften gir rettskrav på undersøkelse og behandling innen de frister som er fastsatt.

Det foreligger ingen bestemmelser som gir pasienter rett til behandling med alternativ medisin.

10.5.2 Retten til å velge og fravelge behandling

Utgangspunktet er at en pasient har selvbestemmelsesrett. Dette gjelder både spørsmålet om pasienten vil la seg undersøke og behandle, og valget av behandler og undersøkelses- og behandlingsform. Det er visse begrensninger i denne retten, se nedenfor. I tillegg til de rettslig innskrenkningene vil autonomien i praksis også begrenses av forhold av økonomisk og annen art.

Pasientforhold bygger vanligvis på frivillighet, og pasienten har i utgangspunktet fritt valg mellom å gå til lege eller annet godkjent helsepersonell i det offentlige eller private helsevesen, eller til en alternativmedisinsk behandler.

Valget vil i praksis kunne begrenses av straffebestemmelser som rammer andre enn leger dersom de behandler pasienter med de sykdommer som er oppregnet i kvaksalverloven § 4, og eller som på annen måte rammes av kvaksalverloven, se punkt 10.4. Under straffetrussel kan det hende at utøveren ikke vil påta seg å gi behandling.

Pasientens valgfrihet kan også begrenses av økonomiske forhold. I punkt 10.9.2 er det redegjort for hva slags behandling som er gratis eller som gir grunnlag for refusjon fra folketrygden. Annen behandling, herunder alternativ medisin, må betales fullt ut av pasienten.

I et pasientforhold som etableres frivillig, kan pasienten på ethvert stadium trekke seg fra videre undersøkelse eller behandling. Iverksettelse av undersøkelse eller behandling skal normalt ikke skje uten pasientens samtykke. Dette må gjelde såvel i forbindelse med behandling i helsevesenet som i forbindelse med alternativ medisin. Kravet til samtykke er ikke lovfestet, men er i tråd med de grunnleggende menneskerettighetene som skal sikre individets integritet, frihet og selvråderett. I forbindelse med legevirksomhet kan noe utledes av legeloven § 25 om forsvarlighetsplikt, informasjonsplikt og om at legen såvidt mulig skal la pasienten medvirke, og av legeetiske normer. Videre er det i rettspraksis lagt til grunn at samtykke normalt skal foreligge, se for eksempel Rt. 1993 side 1169 (Nerveskadedommen).

Undersøkelse eller behandling uten pasientens samtykke vil kunne gi grunnlag for tilsynsmyndighetenes disiplinærreaksjoner overfor helsepersonell. Slike tilfeller vil dessuten kunne rammes av strafferettslige bestemmelser om tvang, legemsfornærmelse m.v. dersom det ikke foreligger rettsgrunnlag for at undersøkelsen eller behandlingen kan iverksettes uten samtykke, se nedenfor. Erstatningsansvar kan også være aktuelt.

I mange tilfeller anses samtykke gitt uten at det er sagt uttrykkelig eller kommet til uttrykk skriftlig. Stilltiende samtykke vil som oftest anses tilstrekkelig. Hvilke krav som skal stilles til samtykket, vil avhenge av hvor inngripende undersøkelsen eller behandlingen er. I enkelte situasjoner aksepteres antagelser om at samtykke ville blitt gitt dersom pasienten hadde vært i stand til det. Se for øvrig nedenfor om situasjoner hvor pasienten ikke er i stand til selv å avgi gyldig samtykke. I en del slike tilfeller vil grunnlaget også kunne være helsepersonells hjelpeplikt, se nedenfor. Bare enkelte særlover stiller spesielle krav til samtykkets form, jf. transplantasjonsloven (§ 1 krever skriftlig samtykke fra levende avgiver) og lov 5. august 1994 nr. 56 om medisinsk bruk av bioteknologi (skriftlig samtykke fra kvinnen og hennes ektefelle/samboer kreves etter § 2-3 før behandling med sikte på kunstig befrukt-

ning påbegynnes, og etter § 6-4 ved genetiske undersøkelser etter fødselen). Det gjelder spesielle regler for deltagere ved utprøving av legemidler m.v.

For at pasienten skal ha en reell mulighet til selv å foreta valg med hensyn til behandling, må pasienten få tilstrekkelig informasjon om sykdommen, behandlingsmulighetene og eventuell risiko ved behandlingen m.v. I begrepet «informert samtykke» ligger at samtykket er avgitt etter at pasienten har fått den informasjon som er nødvendig for å ha grunnlag for å fatte avgjørelse. Noe krav om informert samtykke er ikke lovfestet i norsk rett. Omfanget av den informasjonsplikt som følger av legeloven § 25, avhenger til en viss grad av legens skjønn. Etter gjeldende rett er manglende informasjon neppe erstatningsutløsende i seg selv dersom behandleren for øvrig har opptrådt forsvarlig (se Nerveskadedommen).

Pasientens selvbestemmelsesrett må innebære at pasienten i utgangspunktet kan velge dersom det foreligger flere behandlingsmuligheter for sykdommen/skaden. Valget vil i praksis kunne begrenses av tilgjengeligheten av de ulike behandlingsformene. Det er uklart i hvilken grad pasienten kan kreve en annen form for behandling enn den tilbudte, for eksempel dersom pasienten under et sykehusopphold velger ikke å la seg operere. Pasientens valg av behandlingsform vil også være begrenset av hva behandleren anser som forsvarlig behandling. Pasienten kan ikke kreve at behandleren utfører en behandling som behandleren anser uforsvarlig.

Pasientens valg av behandling kan ha konsekvenser for retten til sykepengar og andre trygdeytelser, jf. folketrygdloven § 8-8 og § 21-8. Retten til sykdomsutløste trygdeytelser kan bortfalle dersom man uten grunn avslår tilbud om behandling, rehabilitering eller yrkesrettet attføring, eller unnlater å rette seg etter legens råd eller opptrer på en måte som kan forverre helsetilstanden. Såvel valget å ikke la seg behandle som det å velge alternativ medisin i stedet for den behandling trygdelegen anbefaler, kan således få økonomiske følger.

Det kreves som nevnt rettsgrunnlag for å iverksette undersøkelse eller behandling uten pasientens samtykke. Slikt rettsgrunnlag som begrenser pasientens valgfrihet kan være lovbestemmelser, nødrettsbetraktninger eller utledes av profesjonell handleplikt.

Lov om psykisk helsevern har regler om tvangsinnleggelse i psykiatrisk sykehus ved alvorlig sinnslidelse. Smittevernloven inneholder bestemmelser om plikt for person med allmennfarlig smittsom sykdom til å la seg undersøke og om nødvendig å la seg isolere, og om tvungen legeundersøkelse og isolering i sykehus. Sosialtjenesteloven har bestemmelser om tilbakeholdelse i institusjon uten samtykke av rusmiddelbrukere som utsetter sin helse for fare, og under graviditet. Det gjelder spesielle regler for vedtak om tvangsbehandling og overprøving av slike vedtak.

Nødrettslige betraktninger (se straffeloven § 47 og § 48), omsorgsplikt og profesjonell handleplikt (se legeloven § 27, tannlegeloven § 27, jordmorloven § 5) kan være aktuelle rettsgrunnlag for å yte behandling uten pasientens samtykke, for eksempel når personen er livstruende skadet. Straffeloven § 387 nr. 1 pålegger blant annet straffeansvar for å unnlate å hjelpe en person i øyensynlig og overhengende livsfare. Helsepersonell har plikt til å gripe inn for å redde liv.

Helsepersonells plikt til å yte nødhjelp antas etter gjeldende rett å gå foran pasientens selvbestemmelsesrett i den utstrekning pasientens forbud ikke må respekteres. Dette gjelder iallfall dersom pasienten er bevisstløs eller på annen måte ute av stand til å samtykke (uansett om samtykke kan presumeres), og samtykke ikke kan innhentes fra en stedfortreder. Det antas således rettmessig om helsepersonell i en nødsituasjon foretar blodoverføring for å redde pasientens liv, selv om verken pasienten eller noen stedfortreder har avgitt samtykke.

Den rettslige situasjonen er uklar når det gjelder tilfeller der pasienten uttrykkelig motsetter seg behandling. Ulike hensyn gjør seg gjeldende ved for eksempel

blodoverføring som pasienten motsetter seg av religiøse hensyn, tvangsernæring ved sultestreik, og spørsmålet om å avslutte livsforlengende behandling uten håp om helbredelse. Det finnes ikke klare regler for om individets selvbestemmelsesrett i slike situasjoner skal gå foran plikten til å redde liv. Det må antas at det iallfall ikke vil medføre straffansvar om helsepersonell i dagens situasjon tilsidesetter pasientens ønske. I forslaget til pasientrettighetslov er selvbestemmelsesretten foreslått utvidet i noen av de forannevnte situasjoner, se punkt 10.11.2 om de foreslåtte endringer.

En del pasienter er selv ikke i stand til å vurdere behandlingsspørsmålet og/eller avgi gyldig samtykke. Dette kan gjelde barn, umyndiggjorte, psykisk utviklingshemmede, alvorlig sinnslidende, demente og personer som er sterkt svekket på grunn av sykdommen. I slike tilfelle må andre foreta valg på vedkommendes vegne. En noe annen situasjon hvor andre må foreta valgene, er når personer som normalt har samtykkekompetanse, er bevisstløse eller ikke selv i stand til å samtykke.

For barn vil det være den eller de som har foreldreansvaret, som har kompetanse til å samtykke til behandling. Barn skal med økende alder tas med på beslutninger som gjelder deres helse. Ved myndighetsalderen oppnår barnet stort sett full selvbestemmelsesrett (unntak er for eksempel sterilisering og kjøp av brennevin), men tidligere, fra fylte 15 og 16 år, har barnet beslutningsretten på visse områder. Hovedbestemmelsene om barns med- og selvbestemmelsesrett står i barneloven "[Alternativmedisinske helse-, sykdoms- og forklaringsmodeller](#)" i kapittel 5.

Foreldres valgfrihet på vegne av barnet begrenses av barnelovens og barnevernlovens regler. Barneloven har ikke spesielle regler om undersøkelse og behandling, men noe kan utledes av at barnet skal få omsorg og at barnet ikke må behandles slik at dets fysiske eller psykiske helse blir utsatt for skade eller fare (se § 30 om innholdet av foreldreansvaret). I dette ligger at foreldrene ikke kan la være å sørge for forsvarlig behandling dersom barnet lider av ikke ubetydelig sykdom eller skade.

Dersom det er grunn til å tro at barnet lider av livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade, og foreldrene ikke sørger for at barnet kommer til undersøkelse eller behandling, finnes bestemmelser i barnevernloven som gir hjemmel for inngrep. Fylkesnemnda for sosiale saker kan beslutte at barnet skal undersøkes av lege eller bringes til sykehus for undersøkelse, og eventuelt vedta at sykdommen skal behandles på sykehus eller etter anvisning fra lege, se barnevernloven § 4-10. Etter § 4-11 kan det iverksettes opplærings- og behandlingstiltak, om så i institusjon, for barn med særlige behov for behandling dersom barnet er funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrengende.

Det antas at foreldres rett til å velge bort legebehandling eller annen behandling innen det etablerte helsevesen for sine barn, er mindre enn den retten de har til å velge (bort) behandling for eget vedkommende. Det samme gjelder verger som representerer umyndiggjorte, og andre som foretar valg på vegne av en pasient som ikke selv har kompetanse til å samtykke til eller avslå behandling.

Likeledes antas at man lettere vil komme til at en person har samtykkekompetanse dersom vedkommende samtykker til anbefalt behandling innen det etablerte helsevesen, enn dersom vedkommende motsetter seg den samme behandling.

Det er uavklart om det kan brukes tvang dersom en pasient uten egen samtykkekompetanse motsetter seg en behandling som den rettslige representanten samtykker til. Svaret vil antagelig bero på inngrepets karakter og nødvendighet, pasientens tilstand og forståelse av situasjonen, og grunnlaget for at pasienten motsetter seg behandlingen.

10.6 TILSYN OG SANKSJONER

10.6.1 Innledning

I lovgivningen er det fastsatt en rekke plikter og avgrensninger i rettigheter, blant annet som redegjort for i punkt 10.3 og 10.4. Det er i noen utstrekning lovfestet at det skal føres tilsyn med virksomhet av forskjellige slag. Dette behandles i punkt 10.6.2 og 10.6.3. Pliktbrudd og rettighetsoverskridelser kan ha ulike konsekvenser som administrative reaksjoner (punkt 10.6.2), erstatningsansvar (punkt 10.6.5) og straff (punkt 10.6.6). I tillegg til det offentlige lovverk har en rekke yrkesgrupper interne regler og disiplinærordninger for å sikre kvaliteten på medlemmenes virksomhet, se punkt 10.6.4.

10.6.2 Tilsyn innenfor helsevesenet

10.6.2.1 Tilsynssystemet

Statens helsetilsyn og fylkeslegene (Helsetilsynet) er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helsetjeneste og helsepersonell. Det skal føres tilsyn med at helsetjenesten og helsepersonell overholder de krav som til enhver tid stilles. Kravene er gitt i lover og forskrifter som regulerer helsepersonell, oppgaver (smittevern, transplantasjon, bioteknologi m.v.) og helsetjenesten (kommunehelsetjenesten, sykehus m.v.).

I henhold til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (lov 30. mars 1984 nr. 15) har Statens helsetilsyn det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet. Statens helsetilsyn har uttalt at dette består i å følge med i og overvåke helsetjenestens ytelser, og i å vurdere behovsdekning og tilbudsutforming i forhold til nasjonale mål og prioriteringer.

I hvert fylke skal det være en fylkeslege som utnevnes av Kongen. Fylkeslegen skal føre tilsyn med alt helsevesen (virksomhetstilsyn) og alt helsepersonell (individtilsyn) i fylket, se nedenfor. Fylkeslegen skal gjennom råd, veiledning og opplysning medvirke til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket, og skal medvirke til at lover, forskrifter og retningslinjer for helsetjenesten blir kjent og overholdt, jf. § 2. Fylkeslegen skal holde Statens helsetilsyn orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som virker inn på disse.

Helsetilsynets rådgivnings- og veiledningsfunksjon innebærer at helsetjenesten og helsepersonell både skal få informasjon og råd om hvilke krav som stilles og om hvordan disse kan overholdes, og videre om hvordan en behandler i en konkret situasjon skal eller bør innrette seg for å overholde et krav. Helsetilsynet kan for eksempel gi en behandler veiledning eller informasjon om at bruk av en aktuell form for alternativ medisin er i strid med helsepersonells plikt til å opptre forsvarlig, eller om at helsepersonell har adgang til å reservere seg mot bruk av metoder i en helseinstitusjon.

Helsetilsynets rådgivnings- og veiledningsoppgaver gjelder i forhold til flere enn dem det føres tilsyn med (helsetjenesten og helsepersonell). Fylkeslegen skal være rådgiver overfor fylkesmannen og øvrige organer på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Fylkeslegen skal blant annet veilede om tiltak for å ivareta befolkningens behov for helsetjenester.

Virksomhetstilsynet består i stor grad i å påse at virksomhetene har etablert tilfredsstillende internkontrollsystem, se punkt 10.3.3.2. Dette tilsynet utøves som systemtilsyn gjennom systemrevisjoner (systematisk og objektiv undersøkelse for å fastslå om aktiviteter og resultater stemmer overens med planene, og om aktivitetene er effektivt gjennomført og hensiktsmessige for å oppnå målene) og verifikasjoner (kontroll eller stikkprøve på om internkontrollsystemet fungerer i praksis

og om aktivitetene er i samsvar med myndighetenes krav). Kravet til internkontrollsystemer innebærer at den enkelte helseinstitusjon selv skal føre kontroll med egen virksomhet på en slik måte at pliktbrudd forebygges. Innføringen av internkontrollplikt avgrenser ikke Helsetilsynets veiledningsansvar, men har bidratt til at det i stor grad er knyttet til å påse at det etableres et internkontrollsystem i samsvar med de krav som stilles.

Individtilsyn iverksettes som regel som følge av klage eller annen informasjon om mulige uregelmessigheter. Det føres tilsyn både med helsepersonell som tilhører det offentlige helsevesen og med dem som står utenfor. Pasienter har ingen formell klagerett, men tilsynsmyndighetene undersøker også de saker som oppstår på grunnlag av henvendelser fra pasienter eller pårørende. I 1996 undersøkte fylkeslegene cirka 1 600 saker, hvorav cirka 90 prosent hadde bakgrunn i slike klager. Fylkeslegen avslutter selv saker hvor intet kritikkverdig er fremkommet. Fylkeslegen avslutter også saker hvor det foreligger mindre alvorlige forhold, da med «uformell kritikk». I 1996 ble slik kritikk gitt i 28 prosent av sakene. Denne reaksjonsformen er ikke lovfestet, men gis med utgangspunkt i fylkeslegens tilsynsfunksjon. Alvorligere saker eller saker hvor det innkommer klage over fylkeslegens behandling, bringes inn for Statens helsetilsyn, som i medhold av helsepersonellovene kan ilegge forskjellige formelle sanksjoner som tilrettevisning, advarsel, tap av godkjenning eller autorisasjon, samt tap av forskrivningsrett for leger og tannleger. Cirka 10 prosent av sakene som ble behandlet hos fylkeslegene i 1996 ble oversendt til Statens helsetilsyn, hvorav cirka 50 prosent hadde bakgrunn i pasientklager. Av Statens helsetilsyns ferdigbehandlede saker i 1996 endte cirka 25 prosent med formelle reaksjoner og cirka 50 prosent med uformell kritikk. Uformell kritikk brukes i saker hvor Statens helsetilsyn ikke finner grunnlag for å benytte de strengere, lovfestede reaksjonene.

Saksbehandlingen tar ofte lang tid, i perioder har det tatt gjennomsnittlig to år før en sak var ferdigbehandlet hos både fylkeslege og Statens helsetilsyn. Statens helsetilsyn iverksatte 1. januar 1997 et «Klagesaksprosjekt» med tiltak for nedarbeiding av restanser og innføring av rutiner for raskere saksavvikling. Målet er maksimal saksbehandlingstid på fire måneder hos fylkeslegen og seks måneder i Statens helsetilsyn.

I en del tilfeller anmelder tilsynsmyndighetene saken til politi eller påtalemyndighet, se punkt 10.6.6 om straffereaksjoner.

Alternativmedisinske behandlere er ikke undergitt lovbestemt tilsyn fra helsemyndighetenes side, men også slike saker undersøkes i en viss utstrekning, se punkt 10.6.2.3.

10.6.2.2 Nærmere om administrative reaksjoner overfor offentlig godkjent helsepersonell

Profesjonslovene gir noe ulike reaksjonsmuligheter overfor helsepersonellet. Samtlige gir mulighet for tilbakekall av godkjenning. Legeloven og tannlegeloven har også regler om suspensjon av autorisasjon og lisens i den utstrekning det er påkrevet, dersom det er skjellig grunn til å anta at det foreligger grunnlag for tilbakekall. Legeloven og tannlegeloven gir videre regler for bruk av tilrettevisning og advarsel. Enkelte av de andre profesjonslovene forutsetter bruk av advarsel uten at det er gitt nærmere regler for ileggelse av slik reaksjon. Det antas at advarsel kan brukes også overfor helsepersonell hvor det ikke følger av den aktuelle profesjonslov. Man bygger da på en slutning fra det mer til det mindre i forhold til tilbakekall av godkjenning: Ettersom man kan gå til det skritt å tilbakekalle godkjenningen, må

man kunne gjøre det atskillig mindre inngripende det er å gi en advarsel, selv om det ikke er uttrykkelig nevnt i loven.

For blant andre leger og tannleger er en annen mulig reaksjon tilbakekall av spesialistgodkjenning. For sykepleiere og jordmødre forutsettes det i lovene at det kan reageres med begrensning av godkjenningen, men det er ikke gitt nærmere regler for når slik reaksjon kan brukes. Begrensning innebærer at det settes rammer for den virksomhet vedkommende kan utøve, for eksempel slik at vedkommende ikke har adgang til å administrere legemidler. Leger og tannleger kan fratas retten til å forskrive narkotika.

De fleste lovene gir også hjemmel for straff, se punkt 10.6.6. Generelle bestemmelser i straffeloven kan også være aktuelle i forbindelse med helsepersonells virksomhet.

Profesjonslovene har noe varierende vilkår for tilbakekall av godkjenning. En tilbakekallsgrunn som de fleste lovene oppstiller i en eller annen form, er at helsepersonellet er uskikket eller ute av stand til å utøve virksomheten forsvarlig. Enkelte lover knytter dette til spesielle forhold som høy alder, sykdom eller rusmisbruk, men har da gjerne i tillegg en mer generell bestemmelse om tilbakekall på grunn av andre forhold som anses uforenlige med utøvelse av virksomheten. En annen tilbakekallsgrunn som de fleste profesjonslovene anviser, er forsømmelse av plikter pålagt i profesjonsloven eller forskrift gitt i medhold av denne. Noen av lovene stiller krav til grov krenkelse av reglene, eller at bruddet skjer til tross for advarsel. Nesten alle lovene har egne bestemmelser om tilbakekall av godkjenning som er gitt på grunnlag av utenlandsk godkjenning, dersom den utenlandske godkjenningen tilbakekalles eller på annen måte taper sin gyldighet.

Lovene bestemmer ikke for hvor lang tid godkjenningen skal eller kan tilbakekalles. Praksis synes å være at tilbakekallet skjer på ubestemt tid, men at det iblant antydes når vedkommende kan søke om godkjenning på ny. Flere av lovene har bestemmelser om ny søknad, men også der loven er taus kan det søkes på ny.

Også saksbehandlingsreglene er litt forskjellige for de ulike profesjoner. Enkelte lover sier uttrykkelig at vedkommende helsepersonell skal ha adgang til å uttale seg i sak om tilbakekall av godkjenning. Denne retten må imidlertid gjelde også der det ikke følger av profesjonsloven, jf. forvaltningsloven § 16. For leger, tannleger og psykologer skal uttalelse (som regel) innhentes fra fagrådet (se nedenfor). For fysioterapeuter, ortopediingeniører og profesjoner regulert i medhold av den generelle helsepersonellov, skal det innhentes uttalelse fra kommunehelsetjeneste og fylkeslege. Myndigheten til å tilbakekalle godkjenning m.v. tilligger etter lovene Kongen eller departementet, men er delegert til Statens helsetilsyn for samtlige profesjoner.

Det vanligste tilbakekallsgrunnlaget synes å være uskikkethet som følge av bruk av alkohol, narkotika eller lignende. Andre relativt vanlige grunnlag er seksuelle forbindelser med klient (gjelder særlig psykologer) og tyveri fra pasient/klient eller av legemidler på arbeidssted (særlig syke- og hjelpepleiere). Ved feilbehandling eller annen uforsvarlig yrkesutøvelse reageres det som oftest med uformell kritikk, tilrettevisning eller advarsel. Tilbakekall brukes kun i de groveste tilfellene.

For vedtak om suspensjon eller tilbakekall av autorisasjon eller lisens for lege og tannlege, vedtak om tilbakekall av offentlig godkjenning som psykolog, og vedtak om godkjenning i medhold av den generelle helsepersonelloven, er det lovfestet at vedtaket ikke kan påklages, men bringes inn for retten som kan prøve alle sider av saken. Rettens prøving av skjønnsutøvelsen er ikke begrenset som ved vanlig overprøving av forvaltningsvedtak, jf. Ot.prp. nr. 1 (1979-80). Retten kan beslutte at vedtaket ikke skal ha virkning før dom er avsagt eller endelig dom foreligger. Det er i Rt. 1996 side 827 (Diprivansaken) avklart at også advarsler og tilrettevisninger

etter legeloven § 52 kan prøves for retten. Retten viste til at det forelå såkalt rettslig interesse, og at gyldigheten av den lovbestemte reaksjon måtte sies å gjelde et rettsforhold, slik at nødvendige prosessforutsetning var oppfylt.

Det er ikke gitt tilsvarende regler om domstolprøving for de øvrige grupper helsepersonell, men også disse grupper må kunne bringe vedtak om tilbakekall, og antagelig også andre lovbestemte reaksjoner, inn for retten. Det må da skje etter de alminnelige regler for overprøving av forvaltningsvedtak etter tvistemålsloven kapittel 30 der lovligheten kan prøves, i tillegg til at skjønnet kan prøves ut fra den tradisjonelle myndighetsmisbrukslæren.

I alle tilfelle gjelder at Sosial- og helsedepartementet vurderer begjæringer om forvaltningsmessig omgjøring av vedtak, selv om det ikke er lovfestet vanlig klageadgang.

Det er opprettet egne fagråd eller profesjonsråd i medhold av legeloven (Statens legeråd), tannlegeloven (Statens tannlegeråd), psykologloven (Psykologrådet), kiropraktorforskriften (Kiropraktorrådet) og optikerforskriften (Det sakkyndige råd for optikervirksomhet). Sykepleierloven har bestemmelser om et sykepleierråd, men slikt råd eksisterer ikke i dag. Rådene er tillagt noe ulike oppgaver, men alle skal være rådgivende organer for de sentrale helsemyndighetene i forbindelse med tilbakekallssaker eller andre forhold.

10.6.2.3 Helsemyndighetenes reaksjoner overfor alternativmedisinske behandlere

Som et ledd i sin tilsynsvirksomhet undersøker fylkeslegene og Statens helsetilsyn også saker som gjelder alternativ medisin og mulige brudd på kvaksalverloven. Dette gjelder både rent alternativmedisinske utøvere og offentlig godkjent helsepersonell. Kvaksalverloven er i første rekke en straffelov og hjemler ikke tilsyn fra helsemyndighetenes side eller administrative reaksjonsformer. Helsemyndighetene vurderer sakene med henblikk på politianmeldelse.

Fylkeslegene blir kjent med sakene ved klage fra pasient eller pårørende, melding fra helsepersonell, annonsering av virksomheten, mediaoppslag m.v. Alvorlige tilfeller blir innberettet til Statens helsetilsyn, som eventuelt inngir politianmeldelse. I andre tilfelle hvor det antas å foreligge brudd på kvaksalverloven, tilskrives vedkommende av fylkeslegen eller Statens helsetilsyn med orientering om regelverket og anmodning om at det ulovlige forhold opphører, eventuelt med varsel om at forholdet vil bli anmeldt dersom det gjentar seg.

Tallene er noe usikre, men fylkeslegene har, i henhold til opplysninger innhentet i samband med utvalgsarbeidet, i perioden 1992-1996 behandlet i størrelsesorden 160 saker som gjelder alternativmedisinske behandlingsformer (unntatt saker som bare gjaldt tittelbruk eller reklame). Rundt en tredjedel av sakene gjaldt offentlig godkjent helsepersonells bruk av alternativmedisinske behandlingsformer.

Utvalget har ikke full oversikt over behandling og utfall av sakene, men cirka 40 saker, det vil si cirka en fjerdedel av sakene, ble videresendt til Helsedirektoratet/ Statens helsetilsyn, se nedenfor om utfallet av disse sakene. Mellom fem og ti saker synes å være politianmeldt direkte fra fylkeslegen. I et tilsvarende antall tilfelle har fylkeslegen rettet kritikk mot helsepersonell som har utøvet alternativ medisin. En del saker er avsluttet etter at fylkeslegen har tilskrevet behandleren og påpekt hvilket regelverk som gjelder, og vedkommende har rettet seg etter dette. I en rekke saker har fylkeslegen ikke kunnet se at det har funnet sted ulovlig virksomhet.

Noen eksempler på saker som har vært til behandling:

- Homøopat behandlet pasienter med kreftdiagnose - politianmeldt; henlagt.
- Healer ga behandling mot kreft - oversendt Statens helsetilsyn; politianmeldt; domfelt.

- Homøopat hadde gitt moren til et barn som var til behandling for atopisk eksem, opplysninger om en rekke skadevirkninger av medikamenter - fylkeslegen fant ikke at homøopaten hadde opptrådt i strid med kvaksalverloven.
- Sunnhetskonsulent hadde etter håranalyse sagt til pasient at hun hadde kreft - fylkeslegen stilte seg kritisk til undersøkelsesmetode og behandling, men fant ikke at det forelå brudd på kvaksalverloven.
- Dødsfall etter akupunkturbehandling utført av person som ikke var helsepersonell - oversendt til Statens helsetilsyn og politianmeldt; henlagt.

Andre eksempler på saker som fylkeslegene har oversendt Helsedirektoratet/Statens helsetilsyn, er en sak om en håndspålegger som lovet pasienter full helbredelse og frarådet kreftpasienter blant annet bruk av cellegift, og en sak om en person (som ikke var lege) som behandlet diabetespasienter med sukkerholdig te og lignende.

Helsedirektoratet/Statens helsetilsyn behandlet i samme periode (1992-96) cirka 40 saker som gjaldt alternativmedisinske behandlingsformer (unntatt tittelbruk og reklame). Av disse sakene gjaldt 10-15 prosent godkjent helsepersonell, hvorav én sak endte med advarsel. I 12 saker ble det inngitt anmeldelse. Av de ti saker hvor resultatet av straffeforfølgningen er kjent, er det en domfellelse og en frifinnelse og åtte henleggelse. De øvrige saker Statens helsetilsyn behandlet ble enten oversendt fylkeslegene (cirka 15 saker) eller avsluttet fordi man fant at det ikke hadde funnet sted brudd på kvaksalverloven eller det ikke forelå tilstrekkelig dokumentasjon. Noen saker ble stilt i bero på grunn av det uavklarte spørsmålet om akupunktur er forbeholdt leger og tannleger.

I punkt 10.6.2.1 fremgår det totale antall saker fylkeslegene og Statens helsetilsyn behandlet i 1996, og noe om utfallet av saksbehandlingen.

10.6.3 Offentlig tilsyn og kontroll utenfor helsevesenet (forbrukervern m.v.)

Det er opprettet en rekke offentlige organer som har som en av sine oppgaver å føre tilsyn med at lovgivningen på forskjellige områder overholdes. Noen av disse tilsynsorganene vil behandle saker med tilknytning til utøvelse av behandlingsvirksomhet og produksjon og omsetning av produkter, også innenfor alternativ medisin.

Forbrukerombudet fører tilsyn med at det ikke skjer markedsmissbruk i strid med bestemmelsene i markedsføringsloven, ut fra hensynet til forbrukerne. Se punkt 10.4.3 om markedsføringslovens regler.

Ifølge opplysninger innhentet i forbindelse med utvalgsarbeidet har Forbrukerombudet i løpet av femårsperioden frem til 1997 registrert innkommet 105 saker med tilknytning til alternativ medisin. En del av sakene gjaldt produkter som kosttilskudd, korallvann, magnetsåler og magnetarmbånd, massasjesandaler, hjemmebehandlingsapparater, helsesengetøy, jordstråleavleder m.v. som ble markedsført med ulovlige medisinske påstander. Andre saker gjaldt behandlingsmetoder som aromaterapi, homøopati, magnetfeltherapi, EDTA Chelation behandling, musikk-massasje, meditasjon m.v. som ble hevdet å ha positiv effekt på diverse lidelser. Forbrukerombudet fant i 28 tilfelle at det forelå brudd på markedsføringsloven og i 1 tilfelle at det ikke forelå slikt brudd. I 4 saker ble det avgitt uttalelse om markedsføringstiltakene. Av de øvrige sakene ble 12 henlagt, 7 tatt til etterretning og 3 avvist, mens 50 saker ble oversendt til annen forvaltningsmyndighet, herunder fylkeslege/Statens helsetilsyn og Statens legemiddelkontroll, for vurdering etter spesiallovgivningen (kvaksalverloven/legemiddellovgivningen). Se punkt 10.7.4 om Statens legemiddelkontrolls behandling av saker om reklame for annet enn legemidler etter legemiddelloven § 20.

Konkurransetilsynet behandler blant annet klagesaker etter pristiltaksloven § 2 som fastsetter forbud mot å ta, kreve eller avtale urimelig priser m.v. Bestemmelsen er straffbelagt, og Konkurransetilsynets reaksjonsmulighet er politianmeldelse. I henhold til rettspraksis kreves et klart og ikke uvesentlig avvik fra markedspris i det aktuelle handelsområdet for at prisen skal oppfattes som urimelig i relasjon til lovbestemmelsen.

Etter opplysninger innhentet i forbindelse med utvalgsarbeidet, har Konkurransetilsynet i løpet av femårsperioden frem til 1997 kun behandlet én sak med tilknytning til alternativ medisin etter pristiltaksloven. Saken gjaldt prisøkning på homøopatiske produkter. Saken ble henlagt.

Andre tilsynsmyndigheter kan også være aktuelle i forbindelse med behandlingsvirksomhet. *Arbeidstilsynet* fører tilsyn med arbeidsmiljøforholdene, *Produkt- og Elektrisitetstilsynet* med elektromedisinsk utstyr og *Næringsmiddeltilsynet* med håndtering av næringsmidler.

Ulike tilsynsmyndigheter fører tilsyn og gir veiledning om gjennomføring og etterlevelse av forskriften om internkontroll som er gitt i medhold av arbeidsmiljøloven og flere andre lover, se punkt 10.3.3.2 og 10.4.1.

10.6.4 Yrkesgruppens interne kontroll

Mange foreninger og forbund som organiserer yrkesgrupper, har etiske regler og disiplinærordning med mulighet for eksklusjon eller andre reaksjoner overfor medlemmer som har brutt reglene.

Utvalget har innhentet opplysninger om slike forhold fra foreninger for alternativmedisinske utøvere ved hjelp av et spørreskjema som ble sendt til de foreninger man kjente eller fant frem til eller som selv ba om det. Utvalget mottok 25 besvarer.

Av de 25 foreningene som besvarte spørreskjemaet, svarte 14 at de har egne etiske regler for foreningens medlemmer og vedla reglene. Av de øvrige svarte 7 foreninger at de anvender etiske regler fastsatt av forening for vedkommende gruppe godkjent helsepersonell (fysioterapeuter, sykepleiere, leger), mens 2 foreninger henviste til andre regelsett (internasjonale foreninger). De resterende 2 foreningene opplyste at etiske regler var under utarbeidelse eller revurdering uten å gi nærmere opplysninger om innholdet. I det følgende omtales bare de etiske regler som er fastsatt av de 14 førstnevnte foreningene.

Det er stor variasjon i de fastsatte etiske reglenes omfang. Noen foreninger har omfattende og detaljert etisk regelverk som berører både forholdet til pasienten, til kolleger, til foreningen og andre forhold. Andre foreninger har én eller noen få bestemmelser i foreningens vedtekter.

Samtlige 14 foreninger har bestemmelse om taushetsplikt i forhold til pasient/klient.

Andre vanlige regler av pasientrelatert art omfatter følgende forhold:

- Behandle klienten med respekt
- Holde seg oppdatert og holde sine kunnskaper ved like
- Ha kjennskap til andre behandlingsformer og eventuelt henvise til andre
- Bare bruke metoder og ta oppdrag som man er kompetent til
- Ikke utnytte eller misbruke klienten
- Ikke gi løfte om helbredelse (eller gi andre urealistiske forhåpninger)
- Ikke hindre behandling hos andre terapeuter eller i det offentlige helsevesen
- Kjenne og innrette seg etter norske lover og regler
- Diskresjonspunkt
- Oppbevare personopplysninger forsvarlig

- Ivareta klientens integritet
- Opplyse om pris/økonomiske konsekvenser av behandlingen

Mindre vanlige eksempler er:

- Gi klienten tydelig beskrivelse av behandlingens karakter og formål
- Seponering av medisiner kun i samråd med lege
- Sparsomhet/ta hensyn til klientens økonomi
- Gi klienten opplysninger om helsetilstand
- Være klar over sine begrensninger og muligheter
- Utøve virksomheten forsvarlig
- Utøve sin gjerning samvittighetsfullt og omhyggelig
- Respektere klientens religion og kultur
- Ikke manipulere klienten inn i religiøse/filosofiske/politiske sammenhenger
- Ikke nekte tjenester på grunnlag av nasjonalitet, rase, hudfarge, avstamning, politisk eller sosial status
- Kun drive virksomhet som følger vitenskap og godkjente metoder/underbygd erfaring
- Holde tilbake opplysninger som kan skade klienten
- Opptre seriøst

I tillegg kan nevnes at enkelte foreninger har regler om ansvarsforsikring, hygieniske forhold, journalføring og/eller rapportering av uhell og/eller bivirkninger.

Av de 25 foreningene som besvarte spørreskjemaet, har 10 opplyst å ha et eget etisk råd, etisk utvalg, disiplinærgruppe eller lignende. Den vanligste sammensetningen er 3 medlemmer samt 1 varamedlem. I andre foreninger behandler styret disiplinærsaker. Saksbehandlingsreglene varierer, men de fleste viser at det gis anledning til kontradiksjon muntlig og/eller skriftlig. I noen foreninger har det etiske råd vedtakskompetanse, mens det i andre foreninger innstiller til styret, eventuelt til generalforsamlingen ved forslag om eksklusjon.

De fleste av foreningene opplyser at eksklusjon er en mulig reaksjonsform ved brudd på etiske regler. I tillegg har foreningene en eller flere mildere reaksjoner, for eksempel advarsel, reprimande, misbilligelse, irettesettelse, utelukkelse fra tillitsverv, utestenging fra liste over praktiserende, pålegg eller ekstra veiledning.

Av de 25 foreningene har 13 gitt opplysninger om disiplinærsaker. Av disse har 6 foreninger opplyst at de ikke har hatt noen saker. En forening opplyser at man ikke har konstatert noen grove brudd på reglene, mens et par foreninger opplyser å ha hatt noen få saker, hvorav til sammen 2 førte til eksklusjon. En forening opplyser å ha behandlet «flere klagesaker», hovedsakelig fra klienter som er misfornøyd med behandlingen, men har ikke gitt opplysninger om resultatet av klagebehandlingen. En annen forening opplyser at deres etiske råd behandler cirka 3 saker per år, hvorav de fleste gjelder klager fra kolleger, for eksempel vedrørende hygieniske forhold. Denne foreningen hadde behandlet totalt 3 klager fra klienter (siden 1978), hvorav ingen ga grunnlag for forføyninger. En forening opplyste at deres etiske råd hadde behandlet 78 saker (siden 1982), hvorav 23 saker gjaldt personer som ikke var medlem av foreningen. Av de resterende 55 sakene gjaldt 20 brudd på etiske regler om markedsføring, 11 klager fra medlemmer på kollegers praksis, 9 klager fra pasienter på medlemmers praksis, og 2 klager fra pasienter på honorarer. Det er ikke gitt opplysninger om resultatet av sakene.

Det bemerkes i tilknytning til dette tallmaterialet at det er et stort spenn i foreningenes medlemstall og funksjonstid, samt i grundigheten i svarene.

Eksklusjon fra yrkesforbund har ingen rettslige konsekvenser. Eksklusjon - med den følge at utøveren ikke kan angi forbundstilhørighet i tilknytning til tittel -

kan imidlertid ha yrkesmessige konsekvenser. Forbundstilhørigheten vil ofte være viktig for yrkesgrupper som ikke er undergitt en offentlig godkjenningsordning.

Offentlig godkjent helsepersonell er også i stor utstrekning organisert i yrkesforbund som kan beslutte interne reaksjoner overfor medlemmene, for eksempel eksklusjon fra forbundet. Slike forbund har også etiske retningslinjer for medlemmene, til dels omfattende regelverk. Reglene som gjelder forholdet til pasient/klient inneholder mange av de samme elementer som er nevnt ovenfor. Forbundene har i varierende grad også regler som gjelder kollegiale og andre forhold.

Eksklusjon og andre foreningsreaksjoner har ingen rettslige konsekvenser for offentlig godkjent helsepersonell, heller ikke hva gjelder den lovbeskyttede tittel. Retten til å angi forbundstilhørighet vil naturligvis bortfalle ved eksklusjon, men slik angivelse er normalt av mindre betydning for offentlig godkjent helsepersonell, enn det kan være for visse grupper alternativmedisinske behandlere.

10.6.5 Økonomiske kompensasjonsordninger (erstatning og forsikring)

10.6.5.1 Innledning

Dersom en pasient påføres skade - forbigående eller varig - i forbindelse med behandling, kan det være aktuelt med økonomisk kompensasjon. Skadevolder vil kunne ha erstatningsplikt ut fra de alminnelige erstatningsrettslige regler, se punkt 10.6.5.3. Formålet med disse reglene er både at skadelidte skal få en form for kompensasjon, og å forebygge skade ved å påvirke potensielle skadevoldere til å opptre aktsomt fordi uaktsom opptreden vil medføre erstatningsansvar. Det er opprettet en egen erstatningsordning for visse typer pasientskadesaker, se punkt 10.6.5.2. I punkt 10.6.5.4 omtales noen forsikringsordninger som gjelder erstatningsansvar i forbindelse med behandlingsevne.

10.6.5.2 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Det er opprettet en egen erstatningsordning, Norsk Pasientskadeerstatning (NPE), for pasienter som er blitt påført fysisk skade i det offentlige helsevesen, herunder såvel somatiske som psykiatriske sykehus og poliklinikker, i ambulanse, ved kommunelegetjenesten og på kommunal legevakt. Ordningen finansieres av staten og fylkeskommunene. Pasienten må være påført fysisk skade i forbindelse med undersøkelse, behandling, diagnostikk, pleie, infeksjon, informasjonssvikt, svikt i teknisk utstyr eller annet som skadevolder svarer for etter alminnelige erstatningsregler. Det er ikke noe vilkår at det er utvist uaktsomhet. Pasienten vil ikke ha krav på erstatning hvis skaden følger av en kjent og nødvendig risiko, av en behandling som i etterhånd viser seg medisinskfaglig riktig, eller av en diagnose som var faglig forsvarlig ut fra den informasjon som forelå på diagnosetidspunktet. Erstatningskravene avgjøres av NPEs sekretariat, hvis avgjørelse kan påklages til Pasientskadenemnda. Vedtak fattet av Pasientskadenemnda kan bringes inn for domstolene. I første halvår 1997 mottok NPE 1190 saker. Det utbetales erstatning i rundt 40 prosent av de saker som gjelder skade påført i somatisk sykehus (som utgjør over 90 prosent av det totale sakstall). Det foreligger forslag om at ordningen skal lovfestes (NOU 1992:6 Erstatning ved pasientskader).

10.6.5.3 Alminnelige erstatningskrav og erstatningsvilkår

Uavhengig av NPE, eller der bestemmelsene i NPE ikke kommer til anvendelse, kan skadelidte gå til erstatningssøksmål mot skadevolder ved domstolene. Saken avgjøres da etter de alminnelige erstatningsrettslige regler, som også gjelder for

skade påført ved medisinsk behandling. Det kreves vanligvis uaktsomhet hos skadevolder og det må være årsakssammenheng mellom uaktsomheten og skaden. Uaktsomhet innebærer at den som har forårsaket skaden har opptrådt på en måte som ikke er i samsvar med de krav som kan stilles til en alminnelig fornuftig person i den situasjon det gjelder. Det må foretas en konkret vurdering av om skadevolder har opptrådt uaktsomt, men for helsepersonell vil man ta utgangspunkt i de forsvarlighetskrav og andre yrkesetiske krav som gjelder for vedkommende gruppe helsepersonell. I tillegg til de regler som følger av lov og forskrift, har en rekke foreninger som organiserer helsepersonell, utarbeidet etiske regler/retningslinjer for utøvelse av yrket, se punkt 10.6.4. I kravet til årsakssammenheng ligger at tapet bare kan kreves erstattet dersom det skyldes den ansvarsbetingende handling eller unnlatelse. Man vil således ikke få erstatning for utgifter man ville hatt uansett, eller inntektsbortfall som mest sannsynlig ville inntrådt i alle fall. Det kan kreves erstatning for økonomisk tap, for eksempel i form av ekstraavgifter til behandling eller nødvendig hjelp i hjemmet, eller i form av tapt arbeidsfortjeneste eller tap av forsørger. Erstatning kan kreves både for allerede påført tap og for beregnet fremtidig tap. Trygdeytelser skal gå til fradrag i erstatningen. Andre eventuelle fordeler som oppnås, for eksempel forsikringsutbetalinger, kan det også tas hensyn til ved erstatningsutmålingen. Ménerstatning kan kreves ved varig og betydelig skade av medisinsk art. Har skadevolder handlet forsettlig eller grovt uaktsomt, kan det gis erstatning for skade av ikke-økonomisk art (oppreisning), se nærmere skadeserstatningsloven (lov 13. juni 1969 nr. 26).

I henhold til skadeserstatningsloven kan arbeidsgiver bli ansvarlig for skade som voldes forsettlig eller uaktsomt under arbeidstakers utføring av arbeid eller verv for arbeidsgiveren. Sykehus kan således bli økonomisk ansvarlig for skade som følge av feil begått av de ansatte. Ansaret omfatter ikke skade som skyldes at arbeidstakeren har gått utenfor det som er rimelig å regne med etter arten av virksomheten eller saksområdet og karakteren av arbeidet eller vervet. Arbeidsgiver hefter heller ikke for oppreisningskrav.

Pasienter som er blitt utsatt for skade, men ikke har oppnådd erstatning på annen måte, kan søke om billighetserstatning fra statskassen. Det er ikke noe krav for billighetserstatning at de alminnelige erstatningsvilkår er oppfylt. Erstatning tilkjennes etter en rimelighetsvurdering. I saker som gjelder pasientskader, er praksis at helsevesenet må kunne bebreides for søkerens tap eller at søkeren må ha kommet særlig uheldig ut av behandlingssituasjonen i forhold til det som er vanlig i lignende tilfelle. Dette vurderes blant annet i forhold til art og alvor ved pasientens primærlidelse, og i forhold til hva som er påregnelig følge av den medisinske behandling. Søknader avgjøres av Billighetserstatningsutvalget som består av to stortingsrepresentanter og en jurist. Avgjørelsene kan påklages til Stortinget. Sakene forberedes av Justisdepartementet. Søknader som gjelder spørsmål av medisinsk art, forelegges vanligvis Statens helsetilsyn for uttalelse.

Hvis skade oppstår i forbindelse med alternativ medisin, synes det først og fremst å være aktuelt med erstatningskrav mot behandleren. På samme måte som for helsepersonell, vil det ved aktsomhetsvurderingen være naturlig å ta utgangspunkt i de yrkesetiske retningslinjer som gjelder for yrkesgruppen, jf. punkt 10.6.4 om etiske regler fastsatt av foreninger som organiserer alternativmedisinske behandlere.

Erstatning etter lov 23. desember 1988 nr. 104 om produktansvar kan være aktuelt både i forbindelse med legemidler og produkter som naturpreparater og kosttilskudd. Loven gjelder det erstatningsansvar en produsent har for skade som voldes av produkt fremstilt eller satt i omsetning som ledd i hans yrke, ervervsvirksomhet eller lignende. Erstatningsansvaret gjelder skade som skyldes at produktet

ikke byr den sikkerhet som en bruker eller allmenheten med rimelighet kan forvente. Loven har særregler om legemiddelansvaret (kapittel 3). Produktansvar kan også være aktuelt i forbindelse med medisinsk utstyr, se punkt 10.8.

10.6.5.4 Sikkerhetsstillelse/ansvarsforsikring

Et erstatningskrav er lite verdt dersom den som skal betale erstatning, ikke er søkegod. Den erstatningsberettigede står langt sterkere dersom kravet kan fremmes overfor et forsikringsselskap.

Leger, tannleger og kiropraktorer er i lov/forskrift pålagt å stille sikkerhet eller tegne forsikring for det ansvar de kan pådra seg i virksomheten. For leger og tannleger skal forsikringen dekke erstatning for samlet inntil 2 millioner kroner per forsikringsår. Forsikringen dekker økonomisk tap og ménerstatning, men ikke oppreisning. Forsikringen omfatter såvel uaktsom som forsettlig skadeforvoldelse. Ved forsettlig skadeforvoldelse har forsikringsselskapet regressrett overfor skadevolder. Det føres ikke rutinemessig kontroll med at forsikringsplikten er oppfylt.

Også mange alternativmedisinske behandlere tegner ansvarsforsikring i forbindelse med behandlingsvirksomheten. Enkelte foreninger stiller krav til sine medlemmer om at de skal ha slik forsikring.

Ett forsikringsselskap (Vesta Forsikring AS) opplyser at en del helsepersonell, herunder kiropraktorer, og utøvere av alternativ medisin tegner en standard ansvarsforsikring som brukes for mange bransjer, med forsikringssum 10 millioner kroner per år. Den norske lægeforening har inngått en kollektivavtale for leger med den pålagte forsikringssum 2 millioner kroner, men den enkelte lege kan tegne tilleggsforsikring. For leger dekkes også skade som følger av handlinger som er utført forsettlig, mens standardforsikringen kun omfatter uaktsom skadeforvoldelse. For begge ordninger er egenandelen 6 000 kroner og premienivået cirka 500-700 kroner per år per utøver.

Et annet selskap (Gjensidige Forsikring) har opplyst at i den utstrekning selskapet tilbyr forsikring til helsepersonell og utøvere av alternativ medisin, er det forsikring på de ordinære vilkår for bedrifts- og produktansvar, dog gjelder visse særvilkår for leger, tannleger og psykologer. Ordinær forsikringssum er 4 millioner kroner per skadetilfelle. Egenandelen er 6 000 kroner, og det foretas individuell premiefastsettelse. Etter særvilkårene for leger er forsikringssummen 2 millioner kroner per år og skade som følge av forsettlige handlinger dekkes.

Et tredje selskap (Storebrand skadeforsikring AS) har meddelt at leger, psykologer, kiropraktorer og utøvere av alternativ medisin tegner ansvarsforsikring på vanlige vilkår for bedrifts- og produktansvar med en standard forsikringssum begrenset til 5 millioner kroner ved hvert skadetilfelle og egenandel 5 000 kroner. Leger og tannleger tegner i tillegg særvilkår slik at forsikringen omfatter handlinger som er utført forsettlig. Premien beregnes individuelt, og vil avhenge av antall utøvere i den enkelte virksomhet.

10.6.6 Straff

De fleste av helsepersonellovene har straffebestemmelser som rammer overtredelser av loven eller bestemmelser gitt i medhold av loven. Sykepleierloven og lov om pleiere i psykiatriske sykehus har ikke straffebestemmelser. Legeloven, tannlegeloven, jordmorloven, psykologloven og den generelle helsepersonelloven har straffebestemmelser som rammer såvel uaktsomme som forsettlige lovbrudd, mens fysioterapeutloven og ortopediingeniørloven bare rammer forsettlige handlinger.

Strafferammen er i alle lovene bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Praksis synes å være at kun grove brudd på profesjonslovene anmeldes av tilsynsmyndighetene.

Kvaksalverloven har flere straffebestemmelser. Bestemmelsen i § 6 rammer brudd på §§ 1-5 som gjelder bruk av tittel/betegnelse, reklame, anvendelse av visse behandlingsmetoder og legemidler, behandling av visse sykdommer samt krav om botid i Norge, ustraffethet og fast bopel. Strafferammen er bøter eller fengsel i inntil tre måneder, men inntil seks måneder i gjentakelsestilfelle eller under særdeles skjerpende omstendigheter. Det fritar ikke for straff for behandling av sykdom som er forbeholdt lege, at vedkommende på grunn av manglende legekyndighet ikke forsto sykdommens art. Straffebestemmelsen i § 7 rammer den som tar syke i kur uten å være norsk lege eller tannlege og som derved utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare, enten ved selve behandlingen eller ved at den syke unnlater å søke kyndig hjelp. Strafferammen er som i § 6, men har kuren medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, kan fengsel i inntil to år anvendes. Det fritar ikke for straff at vedkommende på grunn av manglende legekyndighet ikke forsto faren eller sykdommens art. Dessuten rammer § 8 den som for å oppfylle en plikt til å bekoste legehjelp for en annen, har bevirket at den syke ble tatt i kur av person som ikke er norsk lege eller tannlege, og kuren har medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred. Straffen er bøter. Sistnevnte bestemmelse antas å være uten særlig praktisk betydning i dag.

Den alminnelige straffelov har en del bestemmelser som retter seg mot helsepersonell eller behandlingsvirksomhet. Straffeloven § 144 hjemler straff for blant annet leger, psykologer, jordmødre og sykepleiere (samt disses betjenter eller hjelpere) som rettsstridig åpenbarer hemmeligheter som er dem eller deres foresatte betrodd i stillings medfør. Straffen er bøter eller fengsel i inntil seks måneder. Straffeloven § 157 har bestemmelser om salg m.v. av legemidler og annet til forebyggelse av sykdom som er blottet for de angitte egenskaper, og om anvendelse av behandlingsmåter i forbindelse med legevirksomhet som ikke er egnet til å helbrede eller motvirke sykdommen. Straffeloven § 364 avgrenser bruken av hypnose - med den hypnotisertes samtykke - til leger og psykologer, se punkt 10.4.8.3.

En rekke mer generelle straffebestemmelser i den alminnelige straffelov og i særlovgivningen kan også komme til anvendelse i forbindelse med utøvelse av såvel offentlig godkjent helsepersonells virksomhet som alternativmedisinske utøveres virksomhet. Noen bestemmelser kan ramme forhold i forbindelse med selve undersøkelsen eller behandlingen. Eksempler er reglene om rettsstridig tvang (straffeloven § 222), legemsbeskadigelse (§ 229) og uaktsomt drap (§ 239). Hypnose uten samtykke er straffbart etter straffeloven § 229 («hensetter nogen i Afmagt, Bevidstløshed eller lignende Tilstand»). Straffeloven § 154 a, § 156 og § 357 har bestemmelser om motvirkning av tiltak eller overtredelse av regler til forebyggelse eller motarbeidelse av smittespredning. Andre typer straffbare forhold i tilknytning til virksomheten kan være bedrageri, underslag, tyveri, sedelighetsforbrytelser, narkotikaforbrytelser m.v. Legemiddeloven har også straffebestemmelser som kan være aktuelle.

En rekke handlinger som utføres i behandlingsøyemed, oppfyller i utgangspunktet gjerningsbeskrivelsen i et eller flere straffebud. For eksempel vil handlinger som foretas ved noen former for undersøkelse kunne være legemsfornærmelse, mens handlinger som foretas under kirurgiske inngrep vil kunne innebære legemsbeskadigelse. Handlingene vil likevel normalt være straffrie under visse forutsetninger. Den vanligste straffriende omstendighet er at pasienten har gitt samtykke til handlingen. Straffeloven har ingen generell bestemmelse om betydningen av at den en handling går ut over, har samtykket til handlingen. Spørsmålet må stort sett løses ved tolkningen av det enkelte straffebud. Når det gjelder legemskren-

kelser er virkningen av samtykke regulert i straffeloven § 235. Loven sonderer etter handlingens alvorlighet. Straff kommer ikke til anvendelse ved legemsfornærmelse og vanlig legemsbeskadigelse dersom fornærmede har samtykket i handlingen. Ved drap eller grov legemsbeskadigelse (betydelig skade på legeme eller helbred) eller når noen av medlidenhet har berøvet en håpløs syk livet, virker samtykke ikke straffriende, men straffen kan nedsettes under det ellers bestemte lavmål og til en mildere straffart. Medisinske inngrep som objektivt sett utgjør en grov legemsbeskadigelse, for eksempel amputasjon av et ben, vil likevel være rettmessige og derved straffrie, når det i tillegg til samtykket foreligger medisinsk indikasjon for å foreta inngrepet. Man kan også si at pasienten egentlig ikke er påført skade idet inngrepet er utført i helbredende eller skadebegrensende øyemed. Straffriheten gjelder bare så langt samtykket rekker. Dersom pasienten for eksempel har tatt et middel behandleren har gitt mot en sykdom, til tross for at han var gjort kjent med at det hadde bivirkninger som isolert sett kan karakteriseres som legemsfornærmelse, vil behandleren være straffri for så vidt gjelder legemsfornærmelsen. Transplantasjonsloven og steriliseringsloven har særskilte regler for når inngrep kan foretas.

Det skal relativt mye til før det reageres med straff for feilbehandling eller annen form for uforsvarlighet i forbindelse med helsepersonells virksomhet. I forbindelse med henleggelse av en sak hvor det var tatt ut tiltale for uaktsomt drap, uttalte riksadvokaten at det bare vil være aktuelt å reagere med straff etter legeloven § 53, jf. § 25 på forhold som ligger opp mot grensen for grov uaktsomhet. Det ble vist til langvarig lemfeldig håndhevingspraksis og til den omstendighet at loven hjemler administrativ tilrettevisning og advarsel, som vil bli brukt ved mindre feil. Det ble uttalt at dette må få betydning også for anvendelsen av straffeloven § 239 om uaktsomt drap. Det ble pekt på at sykehuspersonale, især leger, har som oppgave å yte behandling - ikke sjelden av livreddende karakter og under tidspress - hvor konsekvensene av små feil kan bli katastrofale. Etter riksadvokatens mening bør terskelen for å anvende straff ved feil under denne form for yrkesutøvelse være relativt høy, særlig straff for uaktsomt drap. Videre ble nevnt at en for intensiv straffeforfølgning lett vil kunne lede til dårligere behandlingstilbud totalt sett. Overdreven engstelse for konsekvensene av å begå feil kan medføre unødig ressursbruk for å gardere seg mot kritikk og straffeforfølgning, hvilket er uheldig for et presset helsevesen. I grovere tilfeller er det naturlig å reagere med straff, oftest med foretaksstraff eller individuelt ansvar etter legeloven § 53, jf. § 25. En Høyesterettskjennelse avsagt 28. november 1997 (inntatt i Rt. 1997 side 1800) bekrefter at det - til tross for ordlyden - må kreves en kvalifisert uaktsomhet for domfellelse etter legeloven § 53, jf. § 25. Uaktsomheten må ligge opp mot grensen for det som vanligvis betegnes som grovt uaktsomt. Det ble vist til lovens forarbeider, reelle hensyn, at det foreligger et administrativt reaksjonssystem og til uttalelser fra riksadvokaten.

Det foreligger ikke oversikt over saker hvor straffeforfølgning har vært innledet på grunnlag av mistanke om brudd på helseprofesjonslovene, på kvaksalverloven eller andre lovbrudd i forbindelse med helsetjeneste eller alternativ medisin.

En straffereaksjon som kan være aktuell i tillegg til bøter og fengsel, er rettighetstap etter straffeloven § 29. Når allmenne hensyn krever det, kan den som kjennes skyldig i en straffbar handling, idømmes tap av offentlig stilling eller tap av retten til å inneha stilling eller utøve virksomhet eller beskjeftigelse, som den skyldige ved den straffbare handling har vist seg uskikket til m.v. Tap kan idømmes for inntil fem år eller for alltid.

Slikt rettighetstap har særlig vært idømt ved domfellelse for brudd på legemiddel-/narkotikalovgivningen og sedelighetsforbrytelser i forbindelse med virksomheten.

Som eksempler kan nevnes lege som ble idømt tap av retten til å utøve legevirksomhet for to år i sak om bruk av LSD og cannabis i behandlingsøyemed samt dyrking og egen bruk av narkotika; lege som ble idømt fem års tap for misbruk av stilling til å skaffe seg utuktig omgang ved to tilfelle; psykolog som ble idømt tre års tap for ett tilfelle av det samme; sykepleier som ble idømt to års tap for tyveri og brudd på legemiddel-/narkotikalovgivningen. Fradømmelse for alltid synes først og fremst å ha vært brukt i gjentagelsestilfeller.

10.7 LEGEMIDLER, NATURPREPARATER M.V.

10.7.1 Innledning

I såvel skolemedisin som noen former for alternativ medisin anvendes stoffer til innvortes eller utvortes bruk. Slike stoffer reguleres dels av medisinallovgivningen/legemiddelovgivningen og dels av næringsmiddelovgivningen. Disse to reglementene er svært forskjellige både med hensyn til krav til produktet og regler for omsetning. Det er derfor viktig å skille mellom de stoffer som anses som legemidler og følger medisinallovgivningen, og andre stoffer.

I punkt 10.7.2 gjøres rede for hva som er legemidler og for en del av de regler som gjelder for slike midler. Medisinallovgivningen omfatter apotekloven (lov 21. juni 1963 nr. 17 - som er under revisjon) og legemiddeloven (lov 4. desember 1992 nr. 132) med tilhørende forskrifter. EU har et omfattende regelverk knyttet til legemidler. Dette inngår i EØS-avtalen som norsk lovgivning er tilpasset gjennom blant annet legemiddeloven.

I punkt 10.7.3 behandles en særordning for godkjenning av naturlegemidler etter forenklede prosedyrer i forhold til ordinære legemidler. Ordningen følger av retningslinjer gitt av Statens legemiddelkontroll. Departementet vurderer å forskriftsfeste ordningen.

I punkt 10.7.4 omtales den rettslige situasjonen for naturpreparater, kosttilskudd og lignende som ikke anses som legemidler. Noe følger av legemiddelovens negative bestemmelser, for øvrig gjelder næringsmiddelovgivningen. Særlig viktig er lov 19. mai 1933 nr. 3 om tilsyn med næringsmidler m.v. (næringsmiddeloven) med et omfattende forskriftsverk.

10.7.2 Legemidler

10.7.2.1 Hva forstås med legemidler

Legemiddelovens definisjon av legemiddel (§ 2 første ledd) er svært vid:

«... stoffer, droger og preparater som er bestemt til eller utgis for å brukes til å forebygge, lege eller lindre sykdom, sykdomssymptom eller smerter, påvirke fysiologiske funksjoner hos mennesker eller dyr, eller til ved innvortes eller utvortes bruk å påvirke sykdom.»

En forutsetning for at et produkt skal klassifiseres som et legemiddel er at det har en legemiddellignende form, for eksempel tablett, kapsel, mikstur eller krem.

Nærmere bestemmelser om hva som skal regnes som legemidler er gitt i legemiddelforskriften (forskrift 22. oktober 1993 nr. 950 om legemidler). I tillegg til det som følger av legemiddelovens definisjon, anses som legemidler de stoffer, droger og preparater som er oppført i «Legemiddellisten» og droger som er merket med «LR» eller «L» i «Urtelisten» (henholdsvis bilag I og III til legemiddelforskriften), og stoffer, droger og preparater som i kjemisk sammensetning, egenskaper eller medisinsk virkning er så like noe middel oppført i «Legemiddellisten»

at de bør stilles i samme klasse. Det samme gjelder vare som bringes i handelen eller reklameres for på en slik måte at den fremtrer som legemiddel. Det er gjort unntak for stoffer, droger og preparater oppført i «Unntakslisten» (bilag II til legemiddelforskriften) og droger som er merket med «H» (handelsvare) i «Urtelisten».

Statens legemiddelkontroll avgjør gjennom klassifisering om et stoff er et legemiddel eller ikke.

En rekke urter er klassifisert ut fra giftighet og virkningen av innholdsstoffene. «Urtelisten» deler disse i tre kategorier:

- de som regnes som legemidler og er reseptpliktige («LR»)
- de som regnes som legemidler og er reseptfrie («L»)
- de som ikke regnes som legemidler og kan selges som handelsvarer uavhengig av legemiddeloven («H»).

En urt vil bli klassifisert som legemiddel hvis den har kjent farmakologisk virkning, og som reseptpliktig legemiddel dersom den regnes som en giftdroge, inneholder sterktvirkende stoff eller har kjent eller mistenkt kreftfremkallende effekt. Kriterier for klassifisering som handelsvare er at urten er uskadelig ved vanlig bruk, og at det ikke har forekommet kjente tilfeller av forgiftning. Urter som er klassifisert som handelsvare, forutsettes solgt uten påstander om medisinsk effekt, jf. definisjonen av legemiddel og legemiddeloven § 20 om reklame for varer som ikke er legemidler, se punkt 10.7.4. Dersom slike påstander skal nyttes, må produktet godkjennes av Statens legemiddelkontroll som naturlegemiddel, se punkt 10.7.3.

De urter som ikke står oppført i «Urtelisten» er ikke klassifisert. Disse regnes eventuelt som legemidler ved omsetning.

Homøopatiske og antroposofiske preparater er klassifisert som legemidler. Homøopatiske og antroposofiske preparater, urter og urteblandinger skal i henhold til forskrift 11. november 1993 nr. 1021 om rekvirering og utlevering av legemidler § 30 være merket med teksten: «Den medisinske virkning av dette preparat er ikke vurdert av Statens legemiddelkontroll.» Dette har sammenheng med at det er gitt et generelt godkjenningsfritak for slike produkter i fortynning 1/1 million eller mer, og at produktene derfor ikke er kontrollert og godkjent av Statens legemiddelkontroll med hensyn til effekt.

Det arbeides med utkast til en forskrift om homøopatiske legemidler og antroposofiske legemidler som fremstilles etter homøopatisk metode. Bakgrunnen for dette er EU-regler (som også gjelder i EØS-området) som åpner for en forenklet prosedyre for utstedelse av markedsføringstillatelse/registrering for slike legemidler.

Legemiddeloven § 4 krever at et legemiddel skal oppfylle bestemte kvalitetskrav, være effektivt og ved normal bruk ikke ha skadevirkninger som står i misforhold til forventet effekt. Det er gitt forskrifter med bestemmelser om legemidlers tilvirkning, kvalitet og standarder, godkjenning av farmasøytiske spesialpreparater, grossistvirksomhet, salg, merking av emballasje, prisfastsettelse, reklame, rekvirering og utlevering fra apotek m.v. Om omsetning av legemidler, se punkt 10.7.2.2.

10.7.2.2 Omsetning av legemidler

Salg av legemidler skal som hovedregel bare skje fra apotek og godkjent legemiddelgrossist (legemiddeloven § 14). Visse unntak er fastsatt i forskrift.

Grossistvirksomhet må ikke drives uten godkjenning fra Statens helsetilsyn, og det er fastsatt visse krav til virksomheten, herunder at det er ansatt en person med cand.pharm.-eksamen eller tilsvarende utdanning som ansvarlig for den far-

masøytiskfaglige del av virksomheten. Legemiddeloven begrenser hvem grossister kan kjøpe legemidler fra og selge legemidler til.

Bare godkjente grossister har generell rett til å innføre og utføre legemidler. Privatpersoner kan innenfor EØS-området innføre og utføre en rimelig mengde legemidler til personlig bruk, under forutsetning av at legemidlene er lovlig ervervet i innkjøpslandet.

Det gjelder spesielle regler for tilvirkning, omsetning, innførsel, utførsel, gjennomførsel, utlevering, forsendelse og oppbevaring av stoffer, droger og preparater som anses som narkotika i henhold til forskrift 30. juni 1978 nr. 8 om narkotika m.v. (Narkotikalistene).

Når ikke annet er bestemt i henhold til lov eller særskilt unntak, har apotek plikt til å forhandle alle legemidler som er tillatt solgt i landet. For å drive apotek kreves bevilling meddelt av Statens helsetilsyn. For å få apotekerbevilling må søkeren ha norsk cand. pharm.-eksamen eller tilsvarende utdanning, ha utført minst 2 års tjeneste i norsk apotek, være vederheftig (solvent) og føre hederligandel. Det gjelder særlige regler for godkjenning av kvalifikasjoner ervervet i andre EØS-land ved søknad om apotekerbevilling og ekspedisjonsrett for legemidler (forskrift 3. juni 1994 nr. 376 om godkjenning m.m. av helsepersonell i henhold til avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS-avtalen) kapittel VI).

Statens legemiddelkontroll bestemmer om et legemiddel skal være reseptpliktig. Homøopatiske og antroposofiske stoffer som ikke inneholder mer enn 1 milliondel reseptpliktige stoffer eller droger, kan utleveres uten resept. Dette gjelder ikke preparater med innhold av narkotika eller preparater beregnet til injeksjon eller til bruk i øynene.

I forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek er det fastsatt hvem som kan rekvirere reseptpliktige legemidler, hvordan dette skal gjøres og regler om ekspedering av slike varer. Generell rett til å rekvirere reseptpliktige legemidler har leger, tannleger og veterinærer for legemidler som brukes innen de respektive arbeidsområder.

I apotekloven § 23 er fastsatt taushetsplikt - med visse innskrenkninger - for apotekere og alt personale ved apotek med hensyn til det som blir betrodd dem under utøvelsen av deres virke, eller som de derunder får rede på om folks legems- eller sykdomsforhold. Overtredelse er straffbar i henhold til § 54. Straffeloven § 144 hjemler også straff for blant annet apotekere og disses betjenter eller hjelpere for rettsstridig åpenbaring av hemmeligheter som er betrodd dem eller deres foresatte i stillings medfør.

Statens helsetilsyn fører tilsyn med omsetning av legemidler og tar opp saker der det synes å foregå ulovlig omsetning.

I forskrift 25. august 1994 nr. 827 om reklame for legemidler er det fastsatt detaljerte regler som begrenser adgangen til og formen for reklame overfor både allmennheten og helsepersonell. Det er blant annet fastsatt hvilke typer påstander som ikke kan brukes i reklame, herunder at helbredelse er garantert, at middelet ikke er beheftet med mulige bivirkninger, eller at middelets sikkerhet eller effekt skyldes det faktum at det er fra naturen. Statens legemiddelkontroll skal overvåke reklame for legemidler. I legemiddeloven § 20 er det fastsatt regler for reklame for produkter som ikke er legemidler, se nærmere om dette i punkt 10.7.4.

Omsetningen av legemidler med norsk markedsføringstillatelse fra legemiddelgrossist til apotek og sykehus var i 1997 på totalt 5,4 milliarder kroner, hvilket tilsvarer rundt 8,7 milliarder kroner i utsalgspris fra apotek. Mengden tilsvarer over 1,5 milliarder definerte døgndoser.

10.7.3 Naturlegemidler

Det ble i 1994 innført en ordning med godkjenning av visse stoffer som «naturlegemiddel». Statens legemiddelkontroll behandler søknader om godkjenning og utsteder markedsføringstillatelse. Dette er en forenklet godkjenningsordning sammenlignet med de regler som gjelder for farmasøytiske spesialpreparater. Retningslinjer for godkjenning av naturlegemidler ble fastsatt av Statens legemiddelkontroll i 1993, og ble revidert i 1995.

Som naturlegemiddel kan godkjennes velkjente og velprøvde midler

- med innhold av reseptfrie stoffer og droger (reseptfrie legemidler eller handelsvarer)
- beregnet til egenbehandling
- i pakning tiltenkt den enkelte forbruker
- med dokumentasjon fra tradisjonell bruk i Europa eller Nord-Amerika, og
- som er ment å tas gjennom munnen, påføres huden eller til lokal bruk på slimhinner.

Unntak gjelder øredråper, øyedråper og øyesalver.

Som virksomt stoff inngår oftest bestanddeler fra planteriket, sjeldnere fra dyeriket, i visse tilfeller også mikroorganismer, salter og mineraler i sin opprinnelige form og/eller i bearbeidet form. Plantematerialet kan inkludere safter, gummi, fete oljer, eteriske oljer, ekstrakter og tinkturer. De virksomme stoffene må kun foreligge i konsentrasjoner som ikke er vesentlig større enn det naturlige utgangspunkt i råvaren. En viss oppkonsentrering kan aksepteres såfremt det kan dokumenteres at preparatet ved normal bruk er uskadelig.

Det gis *ikke* godkjenning som naturlegemiddel for preparater som

- er tilsatt vitaminer eller mineraler
- inneholder droger tilsatt kjemisk definerte, virksomme stoffer eller blandinger av disse, inkludert isolerte kjemisk definerte bestanddeler fra planter eller dyr
- inneholder bioteknologisk fremstilte virksomme bestanddeler
- inneholder reseptpliktige eller giftige substanser, eller
- er ment for injeksjon.

Innholdet av naturlig forekommende vitaminer og mineraler må ikke overstige maksimalgrense angitt i forskrift 25. september 1986 nr. 1918 for produksjon og frambud m.v. av vitamin- og mineraltilskudd, se punkt 10.7.4.

Kravene til dokumentasjon av midlenes kvalitet tilsvarer kravene for andre spesialpreparater, mens kravene til dokumentasjon av sikkerhet kun baseres på tradisjonell bruk i folkemedisin. Kravene til effektdokumentasjon for naturlegemidler av vegetabilisk opprinnelse baseres på WHO's «Guidelines for the Assessment of Herbal Medicines» (1991).

Bruksområder for naturlegemidler kan bare omfatte «lettere» sykdomstilstander som ikke krever legekontakt for diagnostisering eller behandling, eller som brukes for å forebygge sykdom. Eksempler på bruksområder er hoste, hodepine, halsbrann, magebesvær, muskelsmerter når disse plagene er forbigående, og lett oppkvikkende, avslappende eller appetittstyrkende midler.

Søknad om godkjenning/markedsføringstillatelse skal sendes av den som skal være ansvarlig for markedsføringen av preparatet i Norge. Godkjenning gjelder for et tidsrom av fem år. Markedsføringstillatelse kan tilbakekalles blant annet dersom preparatet ikke lenger anses å fylle kravene til kvalitet og sikkerhet ved bruk.

For behandling av søknad betales en avgift, som for godkjenning av andre legemidler. I 1998 er avgiften 52 800 kroner.

I henhold til forskrift 9. april 1996 nr. 367 om omsetning m.v. av naturlegemidler utenom apotek kan godkjente naturlegemidler omsettes fra virksomhet som er godkjent for frembud av næringsmidler. Virksomheten må ha en særskilt ansvarlig for denne varegruppen. Statens helsetilsyn kan stille nærmere krav til kompetanse.

Forskriften inneholder også regler om innkjøp, lagring, tilbaketrekking og reklame for naturlegemidler. Reklame må følge de samme regler som gjelder for reklame for legemidler, jf. punkt 10.7.2.2. Naturlegemidler skal merkes på samme måte som farmasøytiske spesialpreparater. I tillegg skal oppgis at det er et godkjent naturlegemiddel. Bruksområde og dosering skal angis.

Formålet med ordningen var å forsøke å skape mer oversiktlige forhold i markedet for helsekostprodukter og lignende og å få en harmonisering av ordningene i de nordiske land. Ordningen med godkjenning som naturlegemiddel er imidlertid frivillig i Norge, det vil si at preparater som inneholder de samme stoffer som enkelte godkjente naturlegemidler, uten godkjenning, kan selges som næringsmiddel (dersom innholdsstoffene ikke anses som legemidler).

Det var per 1. januar 1998 kun åtte midler som var godkjent og hadde fått markedsføringstillatelse som naturlegemiddel. Av totalt 44 søknader var 11 avslått eller trukket tilbake. De resterende 25 søknadene var under behandling.

10.7.4 Kosttilskudd og andre preparater som ikke er legemidler

Som nevnt i punkt 10.7.1 gjelder den alminnelige næringsmiddelovgivningen for de urter og andre stoffer (for eksempel vitaminer og mineraler) som ikke regnes som legemidler, men som er bestemt til å konsumeres av mennesker.

Det er gitt bestemmelser om produksjon, lagring, transport, frembud, import, godkjenning av virksomheter, internkontroll, tilsyn m.v. Disse regler tar sikte på å forebygge tilvirkning og frambud av helseskadelige næringsmidler, sikre tilfredsstillende hygieniske forhold, fastsette krav til innhold og produksjonsmåte og forebygge uriktige forestillinger om varens opprinnelse, beskaffenhet, art, mengde, sammensetning eller andre forhold av betydning for forbrukerne. Tilsynsmyndighetene kan forby frambud av og beslaglegge varer som anses helseskadelige, og påby stengning av virksomheter som drives på en måte som kan medføre helseskade.

Med hjemmel i næringsmiddeloven er det også fastsatt forskrift for produksjon og frambud m.v. av vitamin- og mineraltilskudd (forskrift 25. september 1986 nr. 1918). Forskriften gjelder næringsmidler som påstås å ha betydning som vitamin- eller mineraltilskudd til kosten. Forskriften har bestemmelser om sammensetning med blant annet minimums- og maksimumsmengder av vitaminer og mineraler per anbefalte døgndose. Grensene er fastsatt ut fra giftighet og antatt behov. Maksimumsgrensene er i stor utstrekning satt ved doser omkring det dobbelte av det anbefalte daglige inntak for en voksen person etter Statens ernæringsråds anbefalinger. Grensene gjelder den døgndose som anbefales inntatt i henhold til angivelsen på pakningen, og er således ikke knyttet direkte til innholdet i den enkelte enhet eller pakning. For tabletter og kapsler vil maksimumsgrensene i praksis gjelde per enhet. Forskriften inneholder også bestemmelser om merking, herunder innholdsdeklarasjon, angivelse av anbefalt døgndose og holdbarhet, og bestemmelser om pakning, markedsføring, meldeplikt og kontroll.

I henhold til legemiddeloven § 20 er det forbudt i reklame eller lignende, ved tekst eller bilder, direkte eller indirekte, å gi uttrykk for at en vare som ikke er legemiddel, anbefales som middel til å forebygge, lege eller lindre sykdom, sykdomssymptom eller smerter, eller påvirke fysiologiske funksjoner hos mennesker

eller dyr. Statens legemiddelkontroll forvalter denne bestemmelsen for så vidt gjelder varer som ikke er legemidler, men som har legemiddellignende form. Statens legemiddelkontroll har i februar 1998 utgitt retningslinjer for hva som anses som medisinske påstander i forbindelse med markedsføring av produkter som ikke er legemidler. Dersom det på etikett, pakning eller pakningsvedlegg til et produkt knyttes en medisinsk påstand, kan det medføre at produktet anses som et legemiddel i henhold til lovens omfattende definisjon av legemiddel, se punkt 10.7.2.1. I såfall må produktet oppfylle de krav og behandles etter de regler som gjelder for legemidler. Dersom en medisinsk påstand ikke fysisk er knyttet til et produkt (som ut fra innholdet ikke anses som legemiddel) ved pakningen eller lignende, men brukes i reklame for produktet, vil ikke produktet av den grunn klassifiseres som et legemiddel, men markedsføringen vil være ulovlig i henhold til legemiddeloven § 20.

I retningslinjene fra Statens legemiddelkontroll er det gitt en lang rekke eksempler på ord og uttrykk som anses som medisinske påstander. Listen omfatter en rekke sykdommer og plager samt noen generelle uttrykk, herunder kurerer, bekjemper, lindrer, klinisk bevis for m.v. Generelle påstander som å vedlikeholde helse eller sunn livsstil anses ikke alene som medisinske påstander. Det samme gjelder uttrykk som vitaliserende, oppkvikkende, energigivende, godt for et organ, forutsatt at de ikke blir brukt i sammenheng med en sykdom, plage eller spesielt ubehag.

I perioden 1994-1997 behandlet Statens legemiddelkontroll cirka 170 saker etter legemiddeloven § 20. I saker der Statens legemiddelkontroll anser markedsføringen for å være i strid med legemiddeloven § 20, sendes brev til markedsfører med anmodning om å stanse markedsføringen og orientering om hva konsekvensene av fortsatt markedsføring kan bli. To av sakene fra nevnte periode er behandlet i rettssystemet. I den ene saken som er rettskraftig, ble markedsfører domfelt og idømt 60 dager betinget fengsel og en bot på 10 000 kroner.

Bransjen har reist kritikk mot regelverket. Det har vært hevdet at det hindrer korrekt forbrukerveiledning og reduserer folks muligheter til å forebygge sykdommer og plager eller bedre helsetilstanden.

I 1992 ble Norsk Register for Naturmidler (NONA) opprettet av Bransjerådet for Naturmidler og Helsekostbransjens Detaljistforbund. Det er innført en ordning med testing av naturmidler med hensyn til renhet og innholdsstoffer, og minimumskrav til innholdsstoffer. Kontrollen foregår ved Norsk Medisinaldepot AS. Kravene er mindre strenge enn de som gjelder for naturlegemidler, se punkt 10.7.3. Preparatene er omtalt i en katalog kalt «Kosttilskudd og naturmidler med sikker kvalitet» (NONA-katalogen) med angivelse av innholdsstoffer og brukerveiledning.

Helsekostbransjens hovedorganisasjon ønsker å sikre kvaliteten på helsekostprodukter som selges i Norge, ved å arbeide for at flest mulig skal være produsert etter GMP-standard (Good Manufacturing Practice) fastsatt av landets myndigheter for enten legemidler eller næringsmidler. Organisasjonen oppfordrer norske produsenter til å tilpasse produksjonen til norsk GMP, som på bakgrunn av EØS-avtalen følger GMP fastsatt i EU. Importører oppfordres til å importere produkter som er produsert i samsvar med produsentlandets GMP-standard. Helsekostbransjens hovedorganisasjon har utarbeidet en mal for en felles erklæring fra produsent og importør om at produktet er produsert etter GMP og om at innholdsdeklarasjonen i den norske etiketten og markedsføringen er i overensstemmelse med produktets innhold.

10.8 MEDISINSK UTSTYR

Både i skolemedisin og i noen former for alternativ medisin brukes instrumenter, apparater, materialer eller andre gjenstander i forbindelse med diagnostisering og behandling av sykdom. Lov om medisinsk utstyr (lov 12. januar 1995 nr. 6) regulerer produksjon, markedsføring, omsetning og bruk av medisinsk utstyr. Loven med forskrift (forskrift 12. januar 1995 nr. 25 om medisinsk utstyr) implementerer direktiver som Norge i henhold til EØS-avtalen er forpliktet etter (direktiv 90/385/EØF om aktive implementerbare medisinske innretninger, og direktiv 93/42/EØF om medisinsk utstyr).

Loven og/eller forskriften har med referanse til direktivene bestemmelser om krav til konstruksjon, fremstilling, emballering, merking, informasjon/bruksanvisning, registrering, meldeplikt og tilsyn med medisinsk utstyr. Hva som i denne sammenheng anses som medisinsk utstyr, fremgår av definisjonen i lovens § 3. Definisjonen er vid.

De grunnleggende krav til utstyret følger av lovens § 4, forskriftens § 2 og direktivene samt vedlegg I til begge direktivene. Kravene gjelder alt medisinsk utstyr som markedsføres, omsettes eller tas i bruk i Norge. Kravene gjelder uavhengig av hvor og av hvem utstyret er produsert, og hvem som anvender det.

I EØS er det innført en ordning med merking, såkalt CE-merking, som viser at produktet oppfyller direktivenes krav til medisinsk utstyr. Det er i utgangspunktet produsenten som har ansvar for at utstyret oppfyller kravene og som påfører merkingen. For noen typer utstyr må et teknisk kontrollorgan vurdere konstruksjon og/eller produksjon før CE-merking kan påføres. Utstyr skal - med enkelte unntak - være CE-merket for å kunne markedsføres, omsettes og tas i bruk i Norge (forskriftens § 5).

Det kan synes noe uklart hvem reglene retter seg mot, det vil si hvem som har ansvaret for at utstyret oppfyller kravene. Ved henvendelse til Statens helsetilsyn har utvalget fått en redegjørelse for regelverket som forstås dithen at reglene i hovedsak retter seg mot produsenter. Produsent utenfor EØS-området må ha en ansvarlig representant i EØS-området. Dersom medisinsk utstyr som ikke er CE-merket, innføres til Norge, skal det CE-merkes før det lovlig kan markedsføres eller tas i bruk i Norge. Importøren er ansvarlig for dette. Utøvers egen produksjon eller innføring utelukkende til eget bruk, for eksempel i egen praksis, og uten at utstyret overlates andre, kan antagelig skje uten CE-merking, men direktivenes grunnleggende krav til utstyret vil like fullt gjelde, jf. forskriftens § 2. Statens helsetilsyn har imidlertid meddelt at denne forståelsen av loven og direktivene er under vurdering.

Det er foreløpig ikke gitt forskrift om bruk av medisinsk utstyr og kvalifikasjoner hos brukeren (lovens § 8).

Statens helsetilsyn fører tilsyn etter loven. I tillegg fører Produkt- og Elektrisitetsilsynet tilsyn med elektromedisinsk utstyr og Statens strålevern med strålegivende utstyr. For å overvåke markedet er det opprettet en Meldesentral for melding om feil ved og uhell med medisinsk utstyr. Tilsynsmyndighetene kan gi pålegg og begrense eller forby markedsføring av produkter som anses farlige for pasienter, eventuelt kreve at de trekkes tilbake fra markedet.

Forsettlig eller uaktsom overtredelse av lovens bestemmelser, eller forsøk på dette, kan medføre straff.

10.9 ØKONOMISKE STØTTEORDNINGER VED MEDISINSK BEHANDLING

10.9.1 Innledning

I dette kapitlet gjøres rede for hva slags behandling som ytes gratis av det offentlige, og hvilke andre offentlig støtteordninger som kan redusere den økonomiske belastningen ved medisinsk behandling for den enkelte pasient. I punkt 10.9.2 gjøres rede for folketrygdlovens regler om dekning av eller støtte til behandlingsutgifter. Det nevnes hvilke former for behandling som er gratis og ved hvilke former for behandling det gis hel eller delvis refusjon. I punkt 10.9.3 behandles folketrygdlovens regler om grunnstønad og hjelpestønad til den som har visse typer ekstraavgifter på grunn av langvarig sykdom, skade eller lyte. I punkt 10.9.4 omtales ordningen med skattemessig særfradrag ved uvanlig store utgifter på grunn av sykdom eller lignende.

10.9.2 Stønad fra folketrygden

Under innleggelse i offentlig sykehus er opphold, behandling og legemidler gratis for den som er medlem av folketrygden. Medlem i folketrygden er de som anses bosatt i Norge, og en rekke andre grupper som er nærmere beskrevet i folketrygdloven (lov 28. februar 1997 nr. 19) "[Sammendrag og hovedkonklusjoner](#)" i kapittel 2. Andre kan ha rett til ytelser i henhold til gjensidige avtaler med andre land om rettigheter og plikter etter loven.

Ved poliklinisk behandling ved offentlig sykehus og behandling under det offentlige helsevesen utenfor sykehus yter også folketrygden stønad i en rekke tilfeller, men pasienten må normalt betale en egenandel, se nedenfor om tak på egenandeler. Folketrygdloven "[Alternativmedisinske helse-, sykdoms- og forklaringsmodeller](#)" i kapittel 5 med forskrifter har omfattende regler for den stønad trygden yter i forbindelse med helsetjenester.

Det ytes stønad i forbindelse med

- legehjelp (unntatt inngrep som vesentlig er begrunnet i kosmetiske hensyn og behandling av påregnelig følger av slike inngrep)
- prøver og undersøkelser ved medisinske laboratorier
- radiologiske undersøkelser og behandling ved private røntgenavdelinger eller -institutter
- undersøkelse og behandling hos tannlege i forbindelse med sykdom
- psykologhjelp
- fysikalsk behandling
- behandling hos kiropraktor
- behandling for språk- og taledefekter hos logoped eller audiopedagog
- familieplanlegging og kontrollundersøkelser under svangerskap
- jordmorhjelp
- fødsel utenfor institusjon
- viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell
- ortopediske hjelpemidler
- reise- og oppholdsutgifter i forbindelse med undersøkelse eller behandling som berettiger til stønad
- spesielle formål (bidrag til opphold i opptreningsinstitusjon, ortoptisk behandling).

Det er et vilkår for stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos privatpraktiserende lege, psykolog og fysioterapeut at vedkommende har avtale om

driftstilskudd med kommunen eller fylkeskommunen. Unntak gjelder blant annet når lege gir øyeblikkelig hjelp eller deltar i kommunalt organisert legevakt. I en overgangsperiode ytes også stønad ved pasientbehandling hos noen av de yrkesutøverne som driver privat praksis etablert før 10. oktober 1992, og som beholdt refusjonsretten etter 1. januar 1993 da avtale om driftstilskudd ble innført som vilkår for refusjon i ny yrkespraksis. Dette gjelder allmennpraktiserende leger, spesialister i psykiatri eller klinisk psykologi samt yrkesutøvere som fylte 62 år før 1. juli 1998 og ennå ikke har fylt 70 år.

For behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, logoped og audiopedagog er det vilkår for stønad at pasienten er henvist fra lege og at behandlingen må være av vesentlig betydning for pasientens sykdom og/eller funksjonsevne. Det er gitt nærmere forskrifter med grenser for omfanget av den stønad som gis, og for fysikalsk behandling om hvilke tilstander som gir rett til stønad.

For behandling hos psykolog utover tre undersøkelser eller samtaler, er det et vilkår for stønad at klienten er henvist fra lege eller barnevernsadministrasjonens leder. Psykologen må være godkjent spesialist i klinisk psykologi.

Det kreves henvisning fra lege for stønad til fullstendig undersøkelse hos legespesialist.

Folketrygden yter stønad til undersøkelse og behandling hos tannlege i forbindelse med tannsykdommer, munnsykdommer og kjevesykdommer etter nærmere bestemmelser. Det ytes ikke stønad til ordinær tannbehandling, så som tannfylling, rotbehandling, proteser, tannrensing eller annet forebyggende arbeid. Visse grupper har imidlertid krav på vederlagsfri tannbehandling på det offentliges bekostning i henhold til tannhelsetjenesteloven. Slik behandling ytes vanligvis av Den offentlige tannhelsetjenesten.

For stønad til viktig legemiddel er det et vilkår at pasienten har behov for langvarig bruk av legemidlet og at det er forskrevet av lege (blå resept). Det foreligger her et omfattende og detaljert regelverk, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr (forskrift 18. april 1997 nr. 330), se også nedenfor om egenandeler.

Stønad til helsehjelp ytes etter faste satser.

Satsene for refusjon i forbindelse med legebehandling følger av meget detaljerte forskrifter basert på typen undersøkelse, behandling, prøvetaking, tidsforbruk m.v. Det er fastsatt honorartakster, refusjonstakster og egenandeler (differansen mellom de to takstene).

Forskrift 22. juni 1998 nr. 673 om stønad til dekning av utgifter til fysikalsk behandling inneholder også relativt detaljerte regler med angivelse av honorartakster og refusjonstakster for ulike typer undersøkelse og behandling. Honorartakstene benyttes ved en del alvorlige lidelser hvor fysikalsk behandling kan være spesielt viktig. Det er likevel ikke utelukket at fysioterapeuten i tillegg tar egenbetaling fra klienten. Eksempler på satsene (honorar-/refusjonstakst) gjeldende fra 1. juli 1998 er for undersøkelse 250/180 kroner, for øvelsesbehandling/bløtvevsbehandling/massasje (60 minutter) 228/133 kroner, elektroterapi 43/9 kroner, ultralyd 39/11 kroner, manuell terapi 160/65 kroner, psykomotorisk fysioterapi (60 minutter) 300/190 kroner.

Stønad til behandling hos kiropraktor ytes for inntil ti behandlinger per år, men i særlige tilfeller kan trygdekontoret etter begrunnet søknad fra kiropraktoren gi stønad til ytterligere fire behandlinger. Stønadssatsen er 35 kroner per behandling. Satsen er foreslått øket til 40 kroner per behandling fra 1. januar 1999. I tillegg gis dekning av utgifter til røntgenundersøkelser rekvirert av kiropraktoren.

Stønad til helsehjelp utbetales som regel direkte til behandleren etter avtale med trygdekontoen slik at pasienten kun betaler egenandelen, i stedet for at pasienten betaler fullt honorar og må søke refusjon hos folketrygden.

Unntak fra egenandelsbetaling gjelder for barn under 7 år og for visse typer ytelser, blant annet nødvendige undersøkelser i forbindelse med svangerskap og undersøkelse og behandling av allmennfarlig smittsom sykdom.

Egenandelen ved legemidler på blå resept er 36 prosent av reseptbeløpet, maksimalt 330 kroner. For barn under 16 år og alders- og uføretrygdete er egenandelen 12 prosent, maksimalt 110 kroner. Det er innført et referanseprissystem som innebærer at stønaden baseres på en referansepris fastsatt med utgangspunkt i det billigste synonympreparat der det foreligger flere preparater med samme generiske virkestoff. Det betales ikke egenandel for legemidler ved allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Etter å ha betalt et visst beløp i godkjente egenandeler oppnår man såkalt frikort for resten av året. Dette gjelder egenandeler ved lege- og psykologhjelp, reiseutgifter i forbindelse med behandling, legemidler på blå resept, spesielt medisinsk utstyr, laboratorieprøver og radiologisk undersøkelse og behandling. Grensen for frikort (egenandelstaket) fastsettes av Stortinget hvert år. Beløpet på årsbasis er 1 290 kroner for 1998.

Samlet brukerbetaling for offentlige helsetjenester i 1993 er anslått til 6,3 milliarder kroner, og er nok vesentlig økt i det mellomliggende tidsrom. Egenandelstaket for 1999 er i statsbudsjettet foreslått økt til 1 560 kroner.

Folketrygden yter i 1997 stønad til allmennlegehjelp med 1,3 milliarder kroner og spesialistlegehjelp med 704 millioner kroner, til sammen over 2 milliarder kroner. I tillegg kommer tilskudd til fastlønnte allmennleger med 244 millioner kroner.

I 1997 var folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept nesten 4,5 milliarder kroner. For 1998 er det budsjettet med nesten 5 milliarder kroner.

Folketrygden yter i 1997 stønad til kiropraktorbehandling med nesten 8,5 millioner kroner. For 1998 er det budsjettet med 12,7 millioner kroner. Tilsvarende tall for fysioterapi er henholdsvis nær 573 millioner og 590 millioner kroner. Folketrygden yter dessuten tilskudd til kommunene for fastlønnte fysioterapeuter (henholdsvis 140 millioner og 123 millioner kroner).

Enkelte andre lover har bestemmelser om dekning av behandlingsutgifter, for eksempel lover av 13. desember 1946 nr. 21 og 22 om krigspensjonering for henholdsvis militærpersoner og hjemmestyrkepersonell og sivilpersoner som gir rett til fri sykebehandling (legehjelp, medisin, kur og pleie) under krigsbetinget sykdom.

10.9.3 Grunnstønad, hjelpestønad

I medhold av folketrygdloven § 6-3 kan grunnstønad ytes til den som har visse typer ekstraavgifter som følge av langvarig sykdom, skade eller lyte. Dette gjelder tekniske hjelpemidler, transport, hold av førerhund, nødvendig telefon, proteser, støttebandasjer, fordyret kosthold ved diett og slitasje på klær og sengetøy.

I medhold av folketrygdloven § 6-4, jf. § 6-5, kan hjelpestønad ytes til den som på grunn av varig sykdom, skade eller lyte har behov for særskilt tilsyn eller pleie. Stønad ytes i forbindelse med privat pleieforhold.

Det er gitt nærmere retningslinjer for tildeling av stønad i forskrifter og rundskriv. Satsene for grunn- og hjelpestønad fastsettes av Stortinget. For 1998 er det seks satser for grunnstønad med beløp fra 5 892 kroner til 29 448 kroner. For hjelpestønad er det fem satser. Den ordinære satsen er 10 308 kroner, mens høyeste sats er 63 208 kroner.

10.9.4 Særfradrag

I henhold til skatteloven § 77 nr. 4 kan det ved ligningen innrømmes særfradrag i inntekten når skatteyteren har hatt usedvanlig store utlegg på grunn av sykdom eller annen varig svakhet, som han eller noen han forsørger lider av. Utlegg til behandling m.v. i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen gir bare rett til fradrag dersom tilsvarende behandling m.v. ikke kan tilbys av offentlig norsk helse- og sosialvesen. Det er et vilkår at helsemyndighetene vurderer det oppsøkte helsetilbud som faglig forsvarlig. Fradraget er for tiden normalt 8 820 kroner hvis vilkårene for fradrag er oppfylt, men høyere utgifter kan godkjennes og gi fradrag med faktisk beløp.

I forskrift (forskrift av 14. april 1988 nr. 295 om vilkår for særfradrag på grunn av store sykdomsutgifter ved behandling m.v. i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen) er det i § 3 fastsatt hva som skal anses som behandling gitt utenfor offentlig helsevesen. Det er også fastsatt at det ikke skal gis særfradrag dersom det offentlige har et tilbud for den type sykdom eller svakhet skatteyteren lider av (§ 4). Det er ikke avgjørende om metodene som benyttes er identiske. Ved urimelig lang ventetid på det offentlige tilbud kan forutsetningene for særfradrag likevel være til stede. Det er også fastsatt at for å anses faglig forsvarlig, skal det aktuelle tilbud bygge på metoder som er anerkjent av norske helsemyndigheter (§ 5).

Krav om særfradrag fremsettes for ligningsmyndighetene. Ligningskontoret avgjør om saken skal forelegges fylkeslegen for avgjørelse av

- om behandlingen m.v. er skjedd utenfor offentlig helsevesen
- om det offentlige helsevesenet har tilsvarende tilbud
- om det oppsøkte tilbud kan anses som faglig forsvarlig.

Skatteyteren kan kreve helsemyndighetenes avgjørelse når særfradrag ikke innrømmes. Statens helsetilsyn er klageinstans over fylkeslegens vedtak.

Ut fra henvendelse til enkelte ligningskontorer har utvalget fått det inntrykk at krav om særfradrag på grunnlag av utgifter til alternativmedisinsk behandling i det alt vesentlige avslås under henvisning til at det normalt kun gis særfradrag for utgifter til behandling med anerkjente behandlingsmetoder.

Utvalget anmodet Statens helsetilsyn om en redegjørelse for praktiseringen av ordningen, særlig med hensyn til utgifter til alternativ medisin. Statens helsetilsyn uttalte at for at en behandlingsform skal anses som faglig forsvarlig, må behandlingen bygge på prinsipper og metoder som er vitenskapelig dokumentert, og således er anerkjent av norske myndigheter.

Vedrørende akupunktur har Statens helsetilsyn i brev av 9. mars 1995 til fylkeslegen i Buskerud uttalt at det ved vurdering av om behandlingstilbudet bygger på metoder som er anerkjent av norske myndigheter for å være forsvarlige, må ses hen til utøverens kompetanse, indikasjonen for behandlingen og innholdet i behandlingen. Det konkluderes med at akupunktur under gitte forutsetninger kan anses faglig forsvarlig, men at det må foretas en konkret vurdering.

Et eksempel på at særfradrag ikke er innrømmet for utgifter til alternativ medisin er en sak hvor Helsedirektoratet uttalte at homøopati ikke anses bygget på anerkjente og vitenskapelig funderte behandlingsmetoder (Helserett-info nr. 1/1990).

Det finnes også eksempler på at krav om særfradrag for utgifter til alternativ medisin avslås med den begrunnelse at det offentlige norske helsevesen har et tilbud til pasienter med den aktuelle sykdom/lidelse. I ett tilfelle ble særfradrag avslått for utgifter til akupunkturbehandling mot vedvarende sterke hodesmerter under henvisning til det offentlige helsevesens tilbud om skolemedisinsk behandling (medisin-

ering), idet det ble pekt på at det ikke er avgjørende at tilbudene er identiske. Statens helsetilsyn uttalte også at det er Statens helsetilsyns oppfatning at i de tilfeller der det offentlige helsevesen ikke finner en undersøkelse/behandling indisert, gir det ikke rett til særfradrag dersom man oppsøker en tilsvarende undersøkelse/behandling utenfor det offentlige helsevesen.

I Lignings-ABC 1997 utgitt av Skattedirektoratet heter det at akupunktur er tilgjengelig innenfor det norske helsevesen, og det er vist til at Statens helsetilsyn har avgjort at akupunktur ikke er faglig forsvarlig behandling ved ulcerøs colitt. Det er også vist til en avgjørelse om at EDTA-behandling ikke er faglig anerkjent i Norge for behandling av pasienter med aterosklerotiske sykdommer.

10.10 RETTSTILSTANDEN I ET INTERNASJONALT PERSPEKTIV

10.10.1 Innledning

I punkt 10.10 redegjøres for internasjonalt samarbeid mellom stater samt rettstilstanden i enkelte andre land vedrørende alternativ medisin.

I punkt 10.10.2 omtales internasjonalt samarbeid og hvorvidt alternativ medisin berøres av konvensjoner eller rekommandasjoner. Forpliktelser som følger av konvensjoner som Norge har undertegnet og ratifisert eller tiltrådt, og som er trådt i kraft, vil være folkerettslig bindende for Norge. Resolusjoner med rekommandasjoner fra internasjonale organer er ikke bindende, men kan innebære en form for forpliktelse til å søke å innrette seg etter en anbefaling i den utstrekning den er relevant for norske myndigheter.

I punkt 10.10.3 omtales internasjonale organers arbeid med regulering av alternativ medisin i andre former enn konvensjoner og rekommandasjoner.

I punkt 10.10.4 følger en kort komparativ analyse av rettstilstanden i en rekke europeiske land. Analysen bygger på et forskningsarbeid utført ved Universitetet i Neuchâtel i Sveits.

I punkt 10.10.5 gis kortfattet redegjørelse for rettstilstanden i de land det er mest naturlig å sammenligne oss med eller som av andre grunner er av spesiell interesse. De land som er valgt er nabolandene Danmark, Finland og Sverige samt to større land hvor alternativ medisin har en relativt bred plass, men er regulert forskjellig, nemlig Storbritannia og Tyskland.

I punkt 10.10.6 gis et noe mer globalt utsyn ved å omtale den rettslige situasjonen i enkelte fjerntliggende land hvor ulike medisinsystemer lever side om side.

10.10.2 Internasjonale konvensjoner og rekommandasjoner

Utvalget er ikke kjent med konvensjoner som direkte berører de kontraherende lands regulering av alternativ medisin.

Konvensjonspartene til den europeiske sosialpakten av 18. oktober 1961 anerkjenner som et mål som skal søkes oppfylt av partene, at enhver uten tilstrekkelig midler har rett til medisinsk hjelp. Konvensjonspartene til FNs konvensjon av 19. desember 1966 om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter anerkjenner retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk, og partene skal treffe tiltak for blant annet å forebygge, behandle og kontrollere sykdommer og sikre alle legebehandling og pleie under sykdom (artikkel 12). Ingen av disse konvensjonene har bestemmelser som gir noen rett til behandling med alternativ medisin eller på annen måte regulerer alternativ medisin. Det samme gjelder ILO-konvensjon av 25. juni 1969 om sykehjelp og sykepengar som har bestemmelser om at konvensjonspartene skal sikre dem som er medlem av trygdesystemet,

sykehjelp av kurativ og eventuelt forebyggende art, og noe om hva hjelpen minst skal omfatte.

Europarådets konvensjon av 19. november 1996 om menneskerettigheter og biomedisin omhandler blant annet pasientautonomi og har en hovedregel om at pasienten skal avgi informert samtykke før medisinske inngrep. Selv om forholdet til alternativ medisin ikke er nevnt, kan slike regler ha en viss betydning for pasientenes frihet til å velge mellom skolemedisinsk behandling og alternativmedisinsk behandling, se punkt 10.5. Norske myndigheter vurderer ratifikasjon av konvensjonen. Konvensjonen er foreløpig ikke trådt i kraft.

WHO, som er tilknyttet FN, har siden 1977 hatt et Traditional Medicine Programme. I tilknytning til dette har Verdens helseforsamling (WHA) vedtatt enkelte resolusjoner som gjelder såkalt tradisjonell medisin. Hovedmålene med arbeidet innen WHO-programmet er å lette integrasjon av tradisjonell medisin i landenes helsevesen; å fremme riktig bruk av tradisjonell medisin gjennom utvikling av tekniske retningslinjer og internasjonale standarder, særlig med hensyn til urtemedisin og akupunktur; og å fungere som et informasjonscenter vedrørende forskjellige former for tradisjonell medisin. WHOs arbeid synes i første rekke å ha rettet seg mot bruk av tradisjonelle former for medisin i de land eller den kultur tradisjonene stammer fra (dette gjenspeiles også i bruken av begrepet «Traditional Medicine»), og særlig i utviklingsland der økt bruk av slike behandlingsformer kan bidra til å gi hele befolkningen et behandlingstilbud. Arbeidet synes ikke å ha som noe uttalt mål å spre tradisjonell medisin til andre land eller øke anvendelsen av andre former for alternativ medisin. Det gjøres imidlertid arbeid med sikte på å øke sikkerheten ved bruk av enkelte former for tradisjonell/alternativ medisin, særlig akupunktur.

I 1978 ble det i Alma-Ata avholdt en internasjonal konferanse om primærhelsetjenesten i regi av WHO. Det ble vedtatt en deklarasjon (Alma-Ata-deklarasjonen) som blant annet inneholder et punkt som anerkjenner at primærhelsetjenesten er avhengig av såvel utøvere av skolemedisin som utøvere av tradisjonell medisin, og samarbeid mellom disse. Det uttales at utnyttelse av tradisjonell medisin kan bidra til å bedre helsetilstanden.

På bakgrunn av Traditional Medicine Programme vedtok den 44. WHA 16. mai 1991 en resolusjon om tradisjonell medisin og moderne helsestell (WHA44.34) hvor medlemslandene oppfordres til å intensivere aktiviteter som leder til samarbeid mellom dem som gir henholdsvis tradisjonell behandling og moderne helsestell, spesielt med hensyn til bruk av vitenskapelig beviste, sikre og effektive tradisjonelle midler som kan redusere utgiftene til legemidler, og til å innføre tiltak for å regulere og kontrollere akupunkturmetoder.

Se også omtale av WHOs arbeid i punkt 10.10.3.3 og punkt 4.8.

10.10.3 EU, Europarådet og andre internasjonale organers arbeid med spørsmål om regulering av alternativ medisin

10.10.3.1 Den europeiske union (EU)

EU har ingen felles regulering av alternativmedisinsk virksomhet, eller regler for godkjenning av alternativmedisinske utøvere. Det er i hovedsak overlatt til medlemsstatene å regulere dette. I den grad alternativmedisinsk virksomhet har betydning i forhold til de fire friheter - fri bevegelse av varer, kapital, tjenesteytelser og personer - har imidlertid EU kompetanse til å fastsette regler på området.

Europaparlamentets komité for miljø, folkehelse og forbrukerbeskyttelse har blant annet under henvisning til bestemmelsene om fri bevegelse av personer og den frie etableringsrett, uttrykt ønske om at EU bør ha en politikk som tar sikte på å anerkjenne alternativ medisin og en felles lovgivning for offentlig godkjenning av

utøvere m.m. Komiteens «Report on the status of non-conventional medicine» ble avgitt til Parlamentet 6. mars 1997 (Lannoye-rapporten eller Collins-rapporten). I forbindelse med utarbeidelsen og behandlingen av rapporten i Parlamentet skjedde det en betydelig avskalling av temaer som ble behandlet. Parlamentets resolusjon av 29. mai 1997 (A4-75/97) er ikke blitt fulgt opp av Kommisjonen i form av konkrete forslag til reguleringer. Etter det utvalget kjenner til, er det lite som tyder på at forslagene i resolusjonen vil bli tatt opp igjen med det første.

Den eneste reguleringen av betydning for alternativ medisin er direktiv 92/73/EEC og 92/74/EEC om homøopatiske legemidler. Disse trådte i kraft i 1994. I direktivene stilles det ikke krav om dokumentert effekt. Det overlates til pasienten å velge om man vil anvende produktene. Derimot stilles det krav til kvalitet og sikkerhet ved bruk av produktet og til måten det presenteres på i form av forbud mot villedende markedsføring. Parlamentet vedtok 5. november 1998 å oversende en resolusjon til Kommisjonen vedrørende anvendelsen av disse direktivene (Resolution on the Commission report to the European Parliament and the Council on the application of Directives 92/73/EEC and 92/74/EEC on homeopathic medicinal products (COM(97)0362 -C4-0484/97)). I resolusjonen påpekes en rekke endringer i direktivene som ønskes vurdert, blant annet innføring av et felles system for anerkjennelse av homøopatiske produkter eller et system for gjensidig anerkjennelse basert på felles kriterier.

Per dags dato foreligger det ingen reguleringer av urtemedisin i EU. I månedsskiftet november/desember 1998 skal det imidlertid legges frem en bestilt utredning for kommisjonen (DG III), hvor medlemslandenes regulering av urtemedisin gjennomgås. Utredningen skal danne grunnlag for eventuelle forslag om regulering av slike produkter. Utvalget har fått opplyst at det foreløpig ser ut til at medlemslandenes lovgivning om dette er relativt ensartet, noe som innebærer mindre behov for regulering på EU-nivå. Også når det gjelder urtemedisin vil sikkerheten være det sentrale ved en eventuell regulering i tillegg til at det er aktuelt å regulere markedsføringen av produktene.

For øvrig benytter EU økonomiske virkemidler for å fremme forskning på alternativ medisin.

10.10.3.2 Europarådet

I 1982 gjennomførte Europarådet en undersøkelse av medlemslandenes «ikke-konvensjonelle metoder for diagnose og behandling». Europarådet konstaterte at slike metoder fyller et behov som ikke dekkes av skolemedisinen, og at kunnskaper om disse metodene bør tas med i medisinsk utdanning. Europarådet uttalte også at det må være de respektive lands ansvar å følge utviklingen på dette området, men at det vil være ønskelig å harmonisere lovgivningen på denne sektor.

10.10.3.3 Verdens helseorganisasjon (WHO)

Som nevnt i punkt 10.10.2 arbeides det i WHO med spørsmål av betydning for alternativ medisin. I tillegg til hovedkontoret i Genève skjer dette også ved regionalkontorene i de forskjellige verdensdeler. Det er utarbeidet retningslinjer på flere områder. Retningslinjene er ikke bindende for medlemsstatene. I 1991 kom retningslinjer for vurdering av urtemedisiner. I 1994 ble det utgitt retningslinjer for formulering av nasjonal politikk for urtemedisiner (WHO regionalkontor for det østlige Middelhav). I 1997 utga WHO «Regulatory Situation of Herbal Medicines. A Worldwide Review». Det arbeides for tiden med blant annet retningslinjer for akupunkturutdanning, for kiropraktorutdanning, for kvalitetskontroll av homøo-

patiske midler og for forskningsmetodologi for tradisjonell medisin. Det arbeides også med monografier om medisinske urter og standardterminologi for akupunktur.

10.10.3.4COST-B-4

COST (Coopération européenne dans le domaine de la recherche Scientifique et Technique) er et vitenskapelig og teknisk forskningssamarbeid med formål å koordinere nasjonale forskningsaktiviteter i Europa. COST er en frittstående organisasjon med nær tilknytning til EU-systemet. Norge er et av medlemslandene sammen med EU-landene og en del andre land.

På det medisinske/helsefaglige området deltar Norge blant annet i programmet COST-B4 Unconventional Medicine, som ble opprettet i 1993. Programmet avsluttes våren 1999 etter en forlengelse av programmet med 9 måneder. Det er 14 medlemsland i dette programmet. I forbindelse med programmet er det arrangert en rekke møter, og det er utarbeidet en sluttrapport: COST Action B4 Unconventional Medicine, Final report of the management committee 1993-98, EUR 18420 EN. Av konkrete tiltak er en liste over litteratur vedrørende basalforskning innen alternativ medisin. Denne forventes å bli ferdigstilt våren 1999.

10.10.3.5Nordisk Ministerråd

I Nordisk Ministerråd har Embetsmannskomiteen (EK-S) hatt til drøftelse behovet for fellesnordisk strategi for kunnskapsformidling og forskning på alternativ medisin, herunder forslag om opprettelse av et senter for alternativ medisin. Det pekes også på behov for kvalitetssikring av såvel utdanning innen alternativ medisin som behandling med alternativ medisin.

10.10.4 En europeisk komparativ analyse av regulering av alternativ medisin

10.10.4.1Innledning

Den komparative analyse som gis i punkt 10.10.4 er en forkortet, oversatt og noe bearbeidet utgave av en analyse foretatt av Stefano Maddalena ved Universitetet i Neuchâtel, Institutt for helserett, i forbindelse med et forskningsprosjekt om alternativ medisins rettslige stilling i Europa. Analysen omfatter 24 europeiske land. Hovedvekten er lagt på spørsmålene om adgangen til å praktisere alternativ medisin og refusjon av behandlingsutgifter fra folketrygd eller lignende systemer. Utvalget har også hatt tilgang på de innsamlede data som ligger til grunn for analysen. Det bemerkes at Maddalena i analysen har kategorisert kiropraktikk som alternativ medisin.

10.10.4.2Godkjenning av praksis

I alle de 24 landene er adgangen til å praktisere medisin som lege regulert av særskilte lover. Betingelsene er grovt sett de samme: innehavelse av vitnemål eller kompetanse fra medisinsk fakultet ved et universitet og en registrering eller autorisasjon. Andre krav kan for eksempel være avleggelse av den hippokratiske ed ved et medisinsk fakultet. Mens betingelsene for å praktisere som lege er forholdsvis like, kan det være store variasjoner i tilnærmingen til regulering av adgangen for andre til å ta syke i kur.

Den første kategorisering av de ulike juridiske tilnærmingene til reguleringen av alternativ medisin ble publisert av Stepan i 1985. Han skiller mellom fire systemer:

1. Det monopolistiske systemet, hvor kun praktisering av skolemedisin av godkjent helsepersonell er anerkjent som lovlig, med ekskludering av og sanksjoner mot alle andre former for behandling.
2. Det tolerante systemet, hvor kun systemer basert på skolemedisin er anerkjent, selv om de som praktiserer ulike former for alternativ medisin tolereres av loven i noen grad.
3. Det inkluderende systemet, hvor både skolemedisin og alternativ medisin er anerkjent som elementer i helsevesenets struktur (land i Mellom- og Sør-Asia).
4. Det integrerende systemet, hvor myndighetene offisielt fremmer integrering av to eller flere systemer innenfor én anerkjent helsetjeneste. Integrert opplæring av helsearbeidere er den offisielle politikken (Kina, Nepal og Korea).

I Europa er bare monopolistiske og tolerante systemer representert. Videre kan disse to systemene overlappe der en kombinasjon av monopolistisk og tolerant system eksisterer. Av denne grunn har De Bijl og Nederveen-Van de Kragt i 1997 introdusert en ny kategori: blandingssystemet. Innenfor dette systemet er det bare godkjent helsepersonell innenfor helsevesenet som tillates å utføre særskilte typer medisinsk behandling, og overtredelse av dette begrensede monopolet utgjør et lovbrudd (monopolistisk trekk). For de gjenværende typer medisinsk behandling tolereres utøvere som ikke er kvalifiserte leger (tolerant trekk).

- De monopolistiske landene i Europa er de følgende: Belgia, Frankrike, Hellas, Island, Italia, Latvia, Luxemburg, Malta, Polen, Portugal, Spania, Ukraina og Østerrike.
- De tolerante landene er de følgende: Irland og Storbritannia.
- De blandede landene er de følgende: Danmark, Finland, Liechtenstein, Nederland, Norge, Sverige, Tyskland og Ungarn.
- I Sveits er alle disse tre systemene representert; hver kanton (delstat) har sin egen regulering på området.

10.10.4.3 Refusjon av utgifter til alternativ medisin

Alle de 24 landene har sosialforsikrings- eller trygdesystemer. I noen land er dette privat. Dekningen av alternativ medisin varierer: den kan være fullstendig eller begrenset, antallsmessig eller etter type behandling (noen ganger må en betale egenandel osv.).

En skjematisk oversikt når det gjelder refusjon av alternativ medisin gjennom ulike trygde-/sosialforsikringssystemer rundt i Europa, viser at det finnes:

1. Land hvor alternativ medisin ikke refunderes, verken gjennom folketrygden eller gjennom privat helseforsikring (eksklusivt system).
 2. Land hvor alternativ medisin kun dekkes gjennom offentlig folketrygd (offentlig system).
 3. Land hvor alternativ medisin kun refunderes gjennom privat forsikring (privat system).
 4. Land hvor alternativ medisin dekkes både gjennom folketrygd og gjennom privat forsikring (dobbel system).
- Landene med eksklusivt system er de følgende: Island og Ukraina.
 - Landene med offentlig system er de følgende: Danmark (kiropraktikk, akupunktur og osteopati), Irland, Finland (akupunktur, kiropraktikk, naprapati, osteopati og lymfedrenasje), Latvia (akupunktur, homøopati, elektropunktur, iridologi og bioresonans), Luxembourg, Malta (kinesisk medisin), Norge (kiro-

- praktikk), Portugal og Sverige.
- Landene med privat system er de følgende: Østerrike, Belgia (homøopati, osteopati, kiropraktikk og akupunktur), Liechtenstein, Spania, Storbritannia (kiropraktikk, osteopati og manipulasjonsteknikker).
 - Landene med dobbelt system er de følgende: Frankrike (homøopati, akupunktur, osteopati), Italia (akupunktur, hypnose, laserterapi, lymfedrenasje, soneterapi), Tyskland, Nederland og Sveits (akupunktur, kiropraktikk, homøopati).

Tilstrekkelig informasjon foreligger ikke om Hellas og Ungarn.

10.10.4 Konklusjon

Utvalget kan, på basis av det grunnlagsmaterialet som er innsamlet og de vurderinger som er foretatt, slutte seg til Maddalenas hovedkonklusjoner som er:

- Det synes å være en trend i retning av offisiell anerkjennelse av at alternativ medisin kan spille en viss rolle innenfor den samlede helsetjenesten.
- Toleransen med hensyn til utøvere av alternativ medisin er økende, og utdanning innenfor alternativ medisin blir mer akseptert og anerkjent.
- Refusjon av alternativ medisin gjennom private forsikringer og offentlige trygdeordninger synes å følge den samme dynamikken; trenden er å utvide dekningen av alternativ medisin.

10.10.5 Forholdene i andre land

10.10.5.1 Danmark

Den danske regulering av adgangen til å behandle syke mennesker ligner i stor utstrekning den norske. Bestemmelsene er tatt inn i legeloven av 1995. Alle - med få unntak - kan ta syke i kur, men det gjelder visse begrensninger med hensyn til hvilke sykdommer de kan behandle og hva slags behandling de kan gi. Behandling av kjønnsykdommer i smittefarlig stadium, tuberkulose og andre smittsomme sykdommer er forbeholdt leger. At vedkommende som følge av sin manglende legekyndighet ikke var i stand til å innse sykdommens natur, er ikke straffriende. Videre er det bare leger (og delvis tannleger og jordmødre på sine områder) som kan utføre operative inngrep, gi hel eller delvis bedøvelse, gi fødselshjelp, anvende reseptpliktige legemidler og bruke røntgen, radiumbehandling og behandling med nærmere bestemte elektriske apparater. I 1981 kom dansk Høyesterett til at akupunktur med nåler er å anse som et operativt inngrep. Den danske loven inneholder en bestemmelse som forbyr den som ikke er lege og ikke er dansk statsborger eller statsborger i et annet EU-land (det samme må antas å gjelde EØS-land) eller har bodd i Danmark i ti år, å ta syke kur. Unntak gjelder dersom sundhedsministeren av særlige grunner har gitt tillatelse til det. Loven har også en bestemmelse som fastsetter straff for andre enn leger som tar syke i kur under omreise. Det er også straffbart dersom noen som ikke er lege, tar syke i kur og derved utsetter noens helbred for påviselig fare. Straffen for dette skjerpes dersom det oppstår vesentlig skade, ved gjentagelsestilfelle, og dersom pasienten var umyndig som følge av mindrerårighet, eller på grunn av sinnssykdom eller psykisk utviklingshemming eller annen form for alvorlig svekket tilstand var ute av stand til å ivareta sine anliggender.

Det er ikke opprettet godkjenningsordninger eller registre i det offentliges regi for utøvere av alternativ medisin.

Det gis ikke trygderefusjon ved behandling med alternativ medisin. Atskillige kommuner har i noen situasjoner gitt individuelt tilskudd til alternativmedisinsk behandling.

Det er etablert et kontaktorgan mellom statlige myndigheter og utøvere av alternativ medisin (Sundhedsstyrelsens Råd vedrørende Alternativ Behandling).

10.10.5.2 Sverige

Den svenske reguleringen ligner i stor utstrekning den norske. Innholdet i «kvacksalverilagen» av 1960 er nå vedtatt overført til en generell lov om helsepersonell m.v. (lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område). Det er fastsatt forbud for andre enn leger og annet helsepersonell under offentlig tilsyn, mot å utføre visse typer behandling. Forbudet gjelder bare yrkesmessig undersøkelse og behandling. Forbud gjelder behandling av meldepliktige smittsomme sykdommer, kreft og andre ondartede svulster, sukkersyke, epilepsi og sykkelige tilstander i forbindelse med svangerskap og fødsel; undersøkelse og behandling av barn under åtte år; å gi skriftlige råd eller anvisninger om behandling uten personlig undersøkelse av pasienten; tilpassing av kontaktlinser; bruk av full bedøvelse eller lokal bedøvelse ved injeksjon, hypnose og radiologiske metoder. Overtredelse er straffbar. Det er også straffbart dersom behandleren forsettlig eller uaktsomt påfører pasienten ikke ubetydelig skade, eller frembringer fare for slik skade enten ved behandlingen eller ved avbrudd i eller forsinkelse av legehjelp. Det er ikke straffrikt at behandleren på grunn av manglende utdanning eller erfaring ikke innså sykdommens art eller ikke kunne forutse skaden eller faren. Sosialstyrelsen kan nedlegge forbud mot behandlingsvirksomhet for en viss tid eller for alltid for en person som er dømt for overtredelser som nevnt.

I Sverige er naprapater blant de yrkesgrupper som er undergitt en offentlig godkjenningsordning som helsepersonell.

I 1989 fremla den svenske Alternativ-medicinkommitén sin utredning. Den inneholdt blant annet forslag om å erstatte «kvacksalverilagen» fra 1960 med en ny lov om alternativ medisin. Det ble foreslått en registerordning for utøvere av alternativ medisin som ved avleggelse av en prøve kunne dokumentere grunnleggende medisinske kunnskaper. Forslaget er ikke fulgt opp.

Det gis ikke trygderefusjon for alternativ medisin i Sverige.

10.10.5.3 Finland

I Finland finnes det siden 1994 godkjenningsordninger for naprapater og osteopater slik at disse utgjør grupper av yrkesutdannet helsepersonell med beskyttet tittel.

Bortsett fra dette er alternativ medisin ikke regulert utover de bestemmelser som finnes i lov om yrkesutdannede personer innen helsevesenet fra 1994, hvorefter det er straffbart for den som ikke er yrkesutdannet i samsvar med loven, å utøve virksomhet som sådan. Strafferammen er høyere dersom pasienten utsettes for fare eller dersom virksomheten skjer yrkesmessig.

Bare leger (og tannleger for sitt område) kan forskrive reseptpliktige legemidler.

Akupunktur er anerkjent og brukes som en del av skolemedisinen. Når akupunktur utføres av lege som en del av legebehandlingen, gis trygderefusjon etter de vanlige regler for behandling hos lege. Lymfedrenasje utført av yrkesutdannet helsepersonell (fysioterapeut eller sykepleier) etter henvisning fra lege berettiger til trygderefusjon i forbindelse med enkelte nærmere bestemte sykdommer.

10.10.5.4 *Storbritannia*

I Storbritannia kan hvem som helst ta syke i kur, men visse typer behandling er forbeholdt leger. Dette gjelder behandling av kreft, sukkersyke, epilepsi, grønn stær, tuberkulose og kjønnsykdommer, forskrivning av reseptbelagte legemidler og utførelse av abort. Operative inngrep er ikke forbeholdt leger, men andre behandlere vil - i motsetning til leger - kunne straffedømmes for uaktsomt drap dersom pasienten dør.

Hvis en lege henviser til en alternativmedisinsk behandler, beholder legen det kliniske ansvaret.

Osteopater er regulert i en egen lov.

Homøopati og visse andre former for alternativ medisin er tilgjengelig ved fem statlige sykehus. De ansatte har også en skolemedisinsk utdanning. Behandlingen er gratis for pasienten som på andre offentlige sykehus. For øvrig dekkes ikke alternativ medisin gjennom trykkesystemet.

10.10.5.5 *Tyskland*

I Tyskland reguleres utøvelse av alternativ medisin i «Heilpraktiker»-loven av 1939. Loven benyttes aktivt og håndheves strengt. Alle lovlige former for alternativmedisinsk utøvelse skjer under yrkestittelen «Heilpraktiker», med unntak for kinesiologer, som kan behandle visse lidelser uten å ha «Heilpraktiker»-status.

For å oppnå tittelen «Heilpraktiker» må søkeren bestå en eksamen under statlig kontroll. De siste 20 årene har nivået på denne kunnskapstesten blitt hevet betraktelig, og nivået er nå så høyt at en normalt må studere i tre år på heltid for å forberede seg. Det er stor strykprosent (50-60 prosent). Det finnes ingen spesiell utdanning som fører frem til «Heilpraktiker»-eksamen, men man forventes å ha tilstrekkelig kunnskap i medisinske grunnfag som anatomi, fysiologi osv. Spesialkunnskap som «Heilpraktiker» skaffer man seg gjennom privatskoler drevet av «Heilpraktikere» (dag-, kvelds- og breviskoler). Søkeren må ha fylt 25 år. Tillatelse til å virke som «Heilpraktiker» gis ikke dersom prøven viser at søkerens utøvelse av alternativ medisin vil være en fare for pasientene, dersom søkeren mangler den nødvendige egnethet for utøvelse av yrket på grunn av fysisk eller psykisk lidelse/svekkelse eller misbruk av rusmidler, eller dersom søkeren ikke har ført hederligandel, for eksempel har gjort seg skyldig i alvorlige forbrytelser.

Utvalget er kjent med at enkelte tunge fagforbund blant alternativmedisinske utøvere i Tyskland synes å være lite fornøyd med «Heilpraktiker»-ordningen. Homøopatene har fått innført at kun de «Heilpraktikere» som har fullverdig homøopatiutdanning, kan kalle seg «Heilpraktiker-Homöopath». En «Heilpraktiker» som velger en spesialretning, må videreutdanne seg slik leger må.

Leger kan gjøre alt «Heilpraktikere» gjør, men ikke omvendt. Kun leger kan undersøke og behandle kjønnsorganer, behandle kjønnsykdommer, behandle meldepliktige smittsomme sykdommer, vaksinere, gi fødselshjelp, tannbehandling eller foreta rettsmedisinske undersøkelser m.v. Forskrivning av reseptpliktige legemidler er forbeholdt leger.

Leger kan spesialisere seg innen alternativ medisin. «Heilpraktikere» kan ha andre utøvere under sitt ansvarsområde, men har da det formelle ansvaret. Når «Heilpraktikere» praktiserer på sykehus, har legen det formelle ansvaret.

Noen alternativmedisinske ytelser refunderes gjennom sykekassen/statlige sykeforsikringsordninger hvis de gis av leger. Pasienten betaler ellers selv. Noen behandlinger dekkes av private forsikringsordninger.

10.10.6 Noe om reguleringen i land utenfor Europa

10.10.6.1 Innledning

I Aarbakke-utvalgets mandat punkt 1 heter det at utredningen blant annet skal omfatte beskrivelse av situasjonen i andre land som har relevante erfaringer fra samarbeid mellom alternativ medisin og etablert offentlig og privat helsevesen. Utvalget fant at så vel dette som noen av de øvrige forhold/problemstillinger utvalget skulle utrede, ville bli belyst ved innblikk i den medisinske virksomheten i land hvor medisinsystemer som vi anser som alternativmedisinske, praktiseres i stor utstrekning, ved siden av eller sammen med skolemedisin. Kina og India var de land som klart pekte seg ut for nærmere undersøkelse. I Kina praktiseres tradisjonell kinesisk medisin i tillegg til skolemedisin (i Kina kalt «vestlig medisin»). I India praktiseres ayurveda, siddha, unani og homøopati i tillegg til skolemedisin (i India kalt «allopatisk medisin»). Det ble derfor besluttet at en delegasjon fra utvalget skulle foreta en studiereise til Kina og India for å se nærmere på integrering og samarbeid mellom skolemedisin og de øvrige medisinsystemer som praktiseres der. Delegasjonen hadde møter med helsemyndighetene og besøkte en rekke sykehus og utdanningsinstitusjoner m.v.

En rapport med referat fra de enkelte møter og besøk vil bli gjort tilgjengelig på Internett (<http://odin.dep.no/shd/publ/publ.html>).

Her vil det ikke bli gitt noen beskrivelse av helsevesenet i de to landene eller beskrivelse av de terapiformene som utøves der, eller noen vurdering av den dokumentasjon delegasjonen mottok. Derimot skal det gis en kort redegjørelse for hvordan medisinsystemene er regulert.

10.10.6.2 Kina

I Kina har man to medisinsystemer: vestlig medisin og tradisjonell kinesisk medisin. Begge systemene er anerkjent av staten, og finansieres i stor del av staten. Helsemyndighetene ønsker å fremme tradisjonell kinesisk medisins likeverdighet blant annet av politiske, kulturelle og økonomiske årsaker.

Vestlig medisin og tradisjonell kinesisk medisin utøves av leger tilhørende to profesjoner med forskjellig utdannelse. Under utdannelsen lærer studentene noe om den andre medisinformen.

Pasienter kan i prinsippet velge om de vil behandles med vestlig eller tradisjonell kinesisk medisin. Utøvelsen av de to medisinformene synes å være integrert i varierende grad.

På sykehusnivå synes vestlig medisin å dominere, ved flertallet av sykehusene praktiseres kun vestlig medisin. Det er noen sykehus for tradisjonell kinesisk medisin og enkelte der begge former for medisin utøves. I primærhelsetjenesten står også vestlig medisin sterkt, men særlig på landsbygden spiller tradisjonell kinesisk medisin en vesentlig rolle. Det er stor forskjell i tilgjengeligheten av helsetjenester i byene og på landet.

Kina har i prinsippet lovregulert monopol på pasientbehandling for godkjente leger (vestlige og tradisjonelle kinesiske), men behandling utført av personer uten slik godkjenning, for eksempel personer med kortere utdanning og/eller lærlingopplæring innen tradisjonell kinesisk medisin, tolereres i noen utstrekning. Særlig skjer dette på landsbygda hvor det er stor legemangel.

10.10.6.3 India

I India har man fire parallelle medisinsystemer som alle er anerkjent av staten og som delvis finansieres av staten. I tillegg til vestlig medisin, er det ayurveda og siddha, unani og homøopati. Helsemyndighetene søker å fremme de tradisjonelle medisinformene ayurveda, siddha og unani blant annet av politiske, kulturelle og økonomiske årsaker. Også homøopati søkes fremmet av blant annet økonomiske grunner.

Det finnes godkjenningsordninger for leger innen alle fire systemer. De ulike typer leger utdannes ved forskjellige skoler.

Utøvelse av de ulike medisinformen synes integrert i varierende grad. Det er imidlertid slik at metoder og teknikker fra vestlig medisin i stor utstrekning blir brukt ved diagnostisering også på sykehus hvor det blir praktisert andre medisinformen. Det benyttes til dels avansert utstyr utviklet i vestlig medisin, både for diagnostisering og for evaluering av behandlingsforløpet.

India har i prinsippet lovregulert monopol på pasientbehandling for godkjente leger (alle fire typer leger), men behandling utført av personer uten slik godkjenning, tolereres i noen utstrekning, særlig på landsbygda.

10.11 NOE OM INNHOLDET I FORSLAGET TIL NYE HELSELOVER, SÆRLIG OM FORSLAG SOM FÅR BETYDNING FOR ALTERNATIV MEDISIN

10.11.1 Innledning

Sosial- og helsedepartementet sendte fire utkast til nye helserettslige lover på høring i juli/august 1997. Odelstingsproposisjoner basert på utkastene og høringsrunden ble fremmet i november 1998. Det er forslag til ny spesialisthelsetjenestelov, psykiatrilov, pasientrettighetslov og helsepersonellov (Ot.prp. nr. 10, 11, 12 og 13 (1998-99)).

Forslaget til spesialisthelsetjenestelov og psykiatrilov får liten eller ingen betydning for reguleringen av alternativ medisin. Begge lover retter seg i hovedsak mot fylkeskommunal helsetjeneste eller tjenester drevet av leger med spesialistgodkjenning. Psykiatriloven har i tillegg sentrale materielle og prosessuelle bestemmelser for eventuell bruk av tvang i behandlingsøyemed. I forslaget til spesialisthelsetjenestelov settes søkelys på interne forhold (organisering, rekruttering, kompetansekrav), herunder tjenestens art og forholdet mellom ulike spesialiteter.

Bruk av alternativmedisinske behandlingsmetoder, for eksempler akupunktur og homøopati, i sykehus er ikke omtalt i proposisjonen om ny spesialisthelsetjenestelov. Det er relevant å drøfte om dette kan omfattes av tjenestetilbudet, og i såfall når og hvordan dette bør skje; om pasientens ønske skal være avgjørende, om behandlingen eventuelt skal utføres av autorisert helsepersonell, eller om det eventuelt kan være adgang til å anvende alternativmedisinske behandlere i sykehus.

Adgangen til å benytte alternativmedisinske behandlingsmetoder i sykehus vil etter lovforslaget måtte vurderes opp mot forsvarlighetskravet. Såfremt behandlingen anses forsvarlig, vil det med andre ord kunne tillates. Forsvarlighetskravet er i liten grad drøftet når det gjelder forskjellige behandlingsmetoder. Ut fra proposisjonen er det derfor uklart hvor grensene for forsvarlighet går for bruk av ikke-dokumenterte metoder.

10.11.2 Pasientrettighetslov

Forslaget til pasientrettighetslov (inntatt som vedlegg 4) er i hovedsak en samling av rettigheter for pasienter overfor helsepersonell og den offentlige helsetjeneste (kommune, fylkeskommune og stat). Mange av disse rettigheter kan i dag utledes av bestemmelser for nevnte pliktsubjekter. I tillegg til en synliggjøring av disse rettigheter innebærer lovforslaget en presisering og til dels utvidelse av de etablerte pasientrettighetene, samt en styrking av pasientens muligheter til å få disse innfridd. Lovforslaget omtaler ikke pasienters forhold til alternativ medisin. Begrepet «helsetjeneste» er avgrenset til å gjelde primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten slik denne blir utøvd av helsepersonell.

I pasientrettighetsloven er det foreslått opprettet pasientombud i hver fylkeskommune. Pasientombudets arbeidsområde skal omfatte offentlige spesialisthelsetjenester, se lovforslaget § 8-2. Pasientombudet er tillagt funksjon som rådgiver og talerør for pasienter. Avgrensninger i lovforslaget, beskrivelser av funksjonen og den fysiske plasseringen av pasientombudet (i sykehus) tilsier at heller ikke denne ordningen gjelder alternativ medisin utenfor den offentlige helsetjeneste. Det foreslås også klageadgang for pasienter når de mener det foreligger brudd på lovens regler om rett til vurdering innen en viss frist, rett til fornyet vurdering og rett til valg av sykehus. Det samme gjelder ved manglende oppfyllelse av andre rettigheter som medvirkning, informasjon og samtykke, samt innsyn i journal, og dessuten barns rett til samvær med foreldrene i helseinstitusjon og barns rett til aktivitet i slik institusjon.

Et område hvor det er foreslått endring og klargjøring av materielle regler i forhold til gjeldende rett, er pasientenes selvbestemmelsesrett. Det er foreslått uttrykkelig regler om samtykke til helsehjelp, herunder om hvem som kan samtykke på egne vegne og hvem som trer i stedet når pasienten ikke har samtykkekompetanse. Det er også foreslått en bestemmelse om pasienters rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner. Utgangspunktet - som imidlertid ikke er lovfestet - må, som etter gjeldende rett, være at helsehjelp skal gis dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre livstruende eller alvorlig livsforringende følger, uansett om pasienten samtykker eller ikke. Selvbestemmelsesretten er imidlertid foreslått utvidet i forbindelse med tre situasjoner/typer behandling: blodoverføring (pasienter som av alvorlig overbevisning nekte å motta blod/blodprodukter), tvangsernæring ved sultestreik (pasienter som av alvorlig overbevisning nekte å avbryte sultestreik), og livsforlengende behandling ved dødelig sykdom. Etter lovforslaget vil pasientens ønske i slike situasjoner gå foran helsepersonellens plikt til å yte helsehjelp. Ved spørsmål om livsforlengende behandling dersom pasienten er ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres.

Det er videre foreslått en bestemmelse om pasientens rett til medvirkning ved gjennomføring av helsehjelp, herunder at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Pasientvalg mellom behandlingsmetoder innen helsetjenesten vil først og fremst være aktuelt der to eller flere metoder er ansett like godt egnet.

10.11.3 Ny helsepersonellov

Forslaget til ny lov om helsepersonell m v (inntatt som vedlegg 3) er en personansvarslov som gjelder alt helsepersonell. I motsetning til i høringsutkastet fra 1997, er det ikke foreslått særlige straffebestemmelser som setter skranker for hva andre enn

helsepersonell kan foreta seg i behandlingsøyemed for å erstatte dagens kvaksalverlov. Det er i stedet foreslått flere endringer i 1936-loven.

Lovforslaget innebærer en samling av alle profesjonslover og forskrifter for autorisert og offentlig godkjent helsepersonell i en felles lov. Dessuten skal også annet personell enn autorisert helsepersonell omfattes av lovforslaget. Dette følger av at begrepet helsepersonell er definert som personell med autorisasjon eller lisens, personell i helsetjenesten eller i apotek som yter helsehjelp, samt elever og studenter som yter helsehjelp. Ikke-autorisert personell er ikke regulert i gjeldende lovgivning.

Det sentrale for hvem som omfattes av lovforslaget, vil være hvilken funksjon disse har i forhold til pasienten i helsetjenesten. Definisjonen innebærer at alternativmedisinske behandlere som undersøker pasienter eller gir behandling i helsetjenesten, for eksempel i sykehus, regnes som helsepersonell. Lovforslaget inneholder ingen legaldefinisjon av begrepet «helsetjeneste», som vel skal tolkes som definert i pasientrettighetsloven.

Ved at alternativmedisinske behandlere regnes som helsepersonell når de innehar funksjon som nevnt ovenfor, utløses en rekke nye krav til deres yrkesutøvelse. Det mest sentrale er krav til forsvarlig yrkesutøvelse og til behandling av pasientinformasjon. Krav til behandling av pasientinformasjon omfatter både muntlig og skriftlig informasjon og skal ivareta ulike hensyn i forhold til pasienten (informasjon til pasienten blant annet som grunnlag for samtykke, taushetsplikt, dokumentasjon), pasientens pårørende, arbeidsgiver, tilsynsmyndigheter og andre offentlige instanser.

Hovedregelen er at helsepersonell har taushetsplikt om pasientinformasjon såfremt det ikke foreligger rettslig grunnlag for informasjonsplikt/-rett, herunder meldeplikt og dokumentasjonsplikt.

Essensen i forsvarlighetskravet er for så vidt ikke helt nytt for alternativmedisinske behandlere, som i likhet med andre må utøve sin virksomhet aktsomt for ikke å pådra seg erstatningsansvar. Forsvarlighetskravet i helselovgivningen går imidlertid noe lenger enn aktsomhetskravet. I lovforslaget er det gitt en generell bestemmelse om plikt til faglig forsvarlighet, omsorgsfull hjelp og innrettelse etter faglige kvalifikasjoner. I tillegg er det gitt spesielle bestemmelser som har med forsvarlighet å gjøre, herunder pliktmessig avhold, nøyaktighet og objektivitet ved utstedelse av attester og lignende, og forbud mot å motta gaver og andre ytelser som er egnet til utilbørlig å påvirke helsepersonellens tjenestlige handlinger.

Dessuten er det gitt en forskriftshjemmel for departementet til å bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.

Alt helsepersonell etter helsepersonelloven § 3 underlegges tilsyn fra tilsynsmyndighetene: fylkeslegene og Statens helsetilsyn. Det innebærer blant annet en plikt til å la tilsynsmyndighetene få innsyn i virksomheten. Som en konsekvens av slikt innsyn kan tilsynsmyndigheten ilegge administrative reaksjoner eller politianmelde straffbare forhold. Administrative reaksjoner kan være tilrettevisning eller advarsel, eller tilbakekall av autorisasjon for autorisert helsepersonell. Det kan være mange kilder til tilsynsmyndighetenes informasjon om kritikkverdige forhold ved helsepersonell. Det er foreslått å formalisere en klagerett for pasienter på helsepersonell til tilsynsmyndighetene. Det foreslås videre opprettet en nemnd, Statens helsepersonellnemnd, som skal avgjøre klager fra helsepersonell over Statens helsetilsyns vedtak, blant annet i saker om utstedelse eller tilbakekall av autorisasjon, ilagt advarsel og tap av rekvireringsrett for legemidler.

I departementets høringsnotat var det i tillegg foreslått å oppheve kvaksalverloven og i stedet ta inn i helsepersonelloven et kapittel med bestemmelser rettet mot andre enn helsepersonell. Dette er ikke fulgt opp i proposisjonen. Derimot er det

foreslått flere endringer i kvaksalverloven. Lovens § 5 foreslås opphevet og de øvrige bestemmelser endres slik at «norsk læge (eller tannlæge)» erstattes av «helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3».

Referanser

- Andenæs J.: *Alminnelig strafferett*. Universitetsforlaget 4. utgave 1997
- Bratholm A. og Matningsdal M. (red.): *Straffeloven. Kommentartutgave. Del I, II og III*. Universitetsforlaget 1991/1995/1998
- De Bijl N. og Nederveen-van de Kragt I.: *Legal Safeguards Against Medical Practice by not Suitability Qualified Persons: A comparative study in seven EU-countries*. European Journal of Health Law, Vol. 4, 1997; 5-18
- Halvorsen M.: *Rett til behandling på sykehus*. Universitetsforlaget 1996
- Karnov Kommentert norsk lovsamling 1687-1996 bind I-III. Karnov Forlag 1997
- Kjønstad A. og Syse A. (red.): *Helseprioriteringer og pasientrettigheter*. Ad Notam Gyldendal 1992
- Kjønstad A. og Syse A.: *Helserettslige emner*. Ad Notam Gyldendal 1994
- Kjønstad A. og Syse A.: *Velferdsrett*. Ad Notam Gyldendal 1997
- Kvamme O. J. (red.): *Innføring i alternativ medisin*. Universitetsforlaget 1996
- Legemiddelforbruket i Norge 1993-1997*. Norsk medisinaldepot AS 1998
- NOU 1992: 6 Erstatning ved pasientskader
- NOU 1993: 33 Helsepersonells rettigheter og plikter. Utkast til lov med motiver
- NOU 1997: 18 Prioritering på ny
- Ohnstad B.: *Helsepersonells juridiske ansvar*. Ad Notam Gyldendal 2. utgave 1997
- Stepan J.: *Traditional and Alternative Systems of Medicine: A Comparative Review of Legislation*. International Digest of Health Legislation. 1985, Vol.36, No. 2
- Warberg L. A.: *Norsk helserett*. TANO 1995
- Warberg L. A.: *Helsearbeidere og pasienter - Om rettigheter og plikter*. Law - Forlag 1997
- Woxholth G.: *Hvem kan utføre akupunktur?* Lov og Rett 1983 nr. 9 (side 510 ff.)
- Øverås S.: *Helseboka 1995. Hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge*. Statistisk sentralbyrå 1995

KAPITTEL 11

**Aktørers synspunkter på hvilken plass
alternativmedisinske utøvere bør ha i helsevesenet****11.1 INNLEDNING**

Foreninger og skoler i alternativ medisin og pasientorganisasjoner ble i 1997 bedt om å komme med synspunkter på ulike forhold knyttet til alternativ medisin. Bakgrunnen for at utvalget gjorde denne henvendelsen, var et ønske om å få et inntrykk av dagens situasjon, og bruke dette som grunnlag for drøftinger i utvalget. I henvendelsen ble det spurt om kvantitative forhold som medlemstall, og det ble bedt om vurderinger og synspunkter.

I dette kapitlet blir det gjengitt vurderinger av og synspunkter på alternativ medisins plass i helsevesenet som kom frem. Kapitlet søker å fremstille de ulike aktørenes synspunkter uten at utvalget gir egne vurderinger av disse.

Gjennomgangen viser at både foreninger og skoler i alternativ medisin og ulike pasientorganisasjoner i alt vesentlig ønsker en større integrering mellom alternativ medisin og helsevesenet.

**11.2 HVA MENER FORENINGENE FOR ALTERNATIVMEDISINSKE
UTØVERE?**

Det ble sendt spørreskjema til foreninger som organiserer alternativmedisinske utøvere. I spørreskjemaet ble foreningene spurt om hvilken modell for samarbeid foreningen ønsker og hvorfor medlemmene bør gis en plass i det «etablerte» helsevesenet. Det ble også spurt om foreninger og medlemmer i forskjellige foreninger har et samarbeid med helsevesenet i dag.

Det ble mottatt svar fra disse foreningene:

- Autoriserte Zoneterapeuters Sammenslutning
- Den Norske Kinesiologi Forening
- Det norske healerforbundet
- Fagforum for akupunktur, NFF
- Helhetsterapiforbundet
- Nordiska Homeopaters Forbund
- Norges Landsforbund av Homeopraktikere
- Norges Naprapatforbund
- Norsk forening for Fyti og Aroma
- Norsk forening for helhetsmedisin
- Norsk forening for klassisk akupunktur
- Norsk Forening for Psykodrama
- Norsk Forening for Soneterapeuter
- Norsk Gestaltterapeutforening
- Norsk Institutt for Polaritetsterapi
- Norsk Legeforening for Maharishi-Ayur-veda
- Norsk Massørforbund
- Norsk Osteopatforbund
- Norske akupunktørers hovedorganisasjon
- Norske homeopaters landsforbund
- Norske legers forening for akupunktur

- Norske legers forening for antroposofisk legekunst
- Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon
- SIA (Société Int. d'Acupuncture)
- Sykepleiernes faggruppe i alternativ medisin

Foreningene har svart og redegjort for sine synspunkter. Flere av foreningene har lagt ved materiell som tilleggsstoff. Under er det et sammendrag av synspunkter som kom frem. Som illustrasjoner er det brukt synspunkter fra enkelte.

Alternativmedisinske terapiformer og alternativmedisinske terapeuter har ikke en formell plass i helsevesenet i dag. Imidlertid er det mange utøvere som samarbeider med aktører i helsevesenet. Dessuten har mange utøvere en helsefaglig utdanning (for eksempel lege, sykepleier, fysioterapeut).

De fleste utøvere som har gjennomgått en utdanning og er organisert i en forening for alternativmedisinske utøvere ønsker anerkjennelse. Dette innebærer blant annet at de ønsker å samarbeide med det etablerte helsevesenet og at de ikke er negative til en eventuelt regulering av virksomheten.

Noen få foreninger fremholder at de ikke har noen plass i helsevesenet i dag, og at de heller ikke bør ha det i fremtiden. De mener at de ikke bør underlegges noen form for regulering, og de ønsker å arbeide uavhengig av det etablerte helsevesenet. Sentralt i denne argumentasjonen er pasientens valgfrihet.

Ingen av foreningene som organiserer alternativmedisinske utøvere som har et samarbeid med helsevesenet i dag mener at dette samarbeidet er tilstrekkelig. De fleste foreningene mener at alternativmedisinsk behandling bør få en større plass i helsevesenet. Mange av foreningene mener at denne plassen bør formaliseres og alternativmedisinske behandlingsformer bør innlemmes. Dette gjelder både foreninger som organiserer utøvere som har helsefaglig kompetanse i tillegg til alternativmedisinsk kompetanse, og foreninger som organiserer utøvere som ikke har slik helsefaglig kompetanse.

Eksempel på dette kan være massører som peker på at det samarbeidet de har med fysioterapeuter (blant annet avlastning for fysioterapeuten), leger (blant annet rekvisisjoner fra lege) og kiropraktorer (blant annet for å «myke opp» muskulaturen før kiropraktorbehandling) bør videreutvikles. Et annet eksempel er Norske homeopaters landsforbund som viser til at det allerede er et samarbeid med helsevesenet ved at de henviser og får henvisninger fra lege. Noen steder har leger og homøopater etablert seg i kontorfellesskap og klinikker, og homøopater brukes for å hjelpe pasienter i sykehus. I tillegg har mange homøopater en helsefaglig bakgrunn. Foreningen ønsker et tettere samarbeid med helsevesenet, ved blant annet henvisninger, at homøopater kan bekle stillinger i det offentlige helsevesen og administrasjon og ved samarbeidsmodeller innen forskning.

Noen av foreningene for alternativmedisinske utøvere organiserer offentlig godkjente helsearbeidere. Disse utøverne har en tilleggsutdanning innen alternativmedisinske terapier. Flere av disse foreningene peker på at de ønsker godkjenning, autorisasjon og likestilling med andre deler av helsetjenesten. Videre pekes det på at det bør tilrettelegges for refusjonsordninger gjennom folketrygden. Et eksempel på dette er synspunkter som kommer fra Norske legers forening for akupunktur. De mener at akupunktur bør kunne bli en spesialitet for leger på linje med andre spesialiseringsmuligheter som kirurgi eller psykiatri. Gjennom en slik ordning bør det kunne gi grunnlag for refusjon fra folketrygden.

11.3 HVA MENER UTDANNINGSINSTITUSJONENE?

Det ble sendt spørreskjema til skoler som utdanner alternativmedisinske utøvere. Som det går frem av "*Utdanning og organisering av alternativmedisinske utøvere*" i kapittel 8, er det store ulikheter både når det gjelder krav til opptak, skolens størrelse, innhold og utdanningslengde.

De spørsmålene i spørreskjemaet til utdanningsinstitusjoner som handler om samarbeid med helsevesenet, er om skolen tar opp samarbeid som tema i undervisningen og om en samarbeider med andre utdanningsinstitusjoner. I tillegg ble det stilt et mer åpent spørsmål om hva skolen håper at utvalgets utredning vil innebære for skole og studentene.

Det ble mottatt svar fra disse skolene:

- Academy of Acupuncture
- Akademiet for Bio-fysiologi
- Aruna kurssenter
- Atlantis medisinske høyskole
- Bio Medius akademiet
- Biologisk Lys A/S
- Biomedisinsk senter
- Biopat- og urteskolen
- Chakra Akademiet
- Colour Energy Internasjonale Fagskole
- Den norske alternative helseskole
- Internasjonalt Akademi for Osteopati - NORGE
- Jessheim naturterapi
- Medica Nova
- Nirvanasenteret
- Nordisk Akupunkturhøyskole
- Nordisk Healerinstitutt
- Nordisk Høyskole for Homøopati
- Nordnorsk Naturterapiskole
- Norsk Akademi for Naturmedisin
- Norsk Akupressur Skole
- Norsk akupunkturhøyskole
- Norsk Akupunkturskole
- Norsk Gestaltinstitutt ANS
- Norsk Høyskole for Helhetsterapi
- Norsk høyskoleråd for Naturmedisin
- Norsk Institutt for Aromaterapi og Aromapati
- Norsk Institutt for Polaritetsterapi
- Norsk Institutt for Zoneterapi
- Norsk skole for Tradisjonell Akupunktur -NOSTRA
- Norsk universitet for kinesisk naturmedisin og akupunktur
- Pedagogisk kinesiologiskole
- Regumed GmbH
- Shirley Price International College of Aromatherapy
- Skandinavisk Institutt for Klassisk Homeopati
- Soneterapiskolen i Åsgårdstrand
- Thalamusskolen
- Yogalærerskolen i Norge
- Yogaskolen i Oslo

Ingen alternativmedisinske utdanningsinstitusjoner har en formell plass i helsevesenet eller i det offisielle utdanningssystemet (jf. "*Utdanning og organisering av alternativmedisinske utøvere*" i kapittel 8).

Noen skoler har kontakt og samarbeid med offentlige utdanningsinstitusjoner ved at det utveksles lærekrefter. Et eksempel på et slikt samarbeide kan være Chakra Akademiet. De samarbeider med sykepleierhøgskolen i Nord-Trøndelag, og de samarbeider med Norsk teknisk naturvitenskapelig universitet (NTNU) om forskningsprosjekter. Skolen holder forelesninger om alternativ medisin både i sykepleierskolen og i videregående skole.

Noen alternativmedisinske utdanninger får kontakt med helsevesenet ved at det stilles krav om en helsefaglig utdanning (for eksempel lege, sykepleier, fysioterapeut) for å kunne bli tatt opp på skolen.

Ved de fleste skolene er det lite eller ingen undervisning om samarbeid med helsevesenet og hvordan et slikt samarbeid kan etableres. Et eksempel på en skole hvor denne form for samarbeid tas opp, er Norsk Akupressur Skole. Der har de undervisning i hvordan de kan samarbeide med andre innenfor og utenfor helsevesenet ved å ta dette opp som emne i forelesninger. Skolen utveksler kunnskap med andre skoler og terapier.

Av de skolene som opplyser at de legger vekt på samarbeid med helsevesenet, har de fleste et opptakskrav som gjør at kun helseutdannede er studenter.

Svært mange av skolene opplyser at de tar opp i undervisningen forhold knyttet til det å henvise pasienter til helsevesenet.

Mange skoler ønsker å bli akseptert som høgskoler med statlig finansiering og ordninger hvor studentene gis rett til lån og stipend i Statens lånekasse for utdanning. Nær halvparten av alle skolene ønsker at utdanningen i fremtiden kan føre til en offentlig godkjenning av utøveren. Eksempel på dette kan være Soneterapiskolen i Åsgårdstrand og Norsk Institutt for Zoneterapi. De håper det kan bli en offentlig godkjenning av soneterapeuter og andre alternativmedisinske utøvere.

Mange av skolene har ikke svart på spørsmålet om hva de venter at utredningen skal kunne føre til, eller hvilken utvikling de ønsker seg i tiden fremover.

11.4 HVA MENER PASIENTORGANISASJONENE?

Pasientorganisasjonene er svært ulike både i medlemstall, interesseområde og aktivitet. De fleste er opprettet med utgangspunkt i et bestemt helseproblem. Organisasjonene er uavhengige av helsevesenet. Medlemstallet blant dem som har svart på henvendelsen, varierer fra 33 medlemmer til 50 000 medlemmer. De fleste har et medlemstall mellom 500 og 10 000.

I spørreskjemaet ble det spurt om hvilken plass ulike former for alternativ medisin bør ha i helsevesenet, om synspunkter på samarbeid mellom alternativ medisin og skolemedisin og synspunkter på organisasjonens kontakt med alternativ medisin.

Det ble sendt spørreskjema til pasientorganisasjoner uavhengig av organisasjonenes eventuelle tilknytning til alternativ medisin. Følgende svarte på henvendelsen:

- Autismeforeningen i Norge
- Candida-Clubben
- Forbundet Tenner & Helse
- Forening for el-overfølsomme
- Foreningen for brystkreftopererte
- Foreningen for ufrivillig barnløse
- Fødsel i fokus
- Hørselhemmedes Landsforbund v/Menieres-utvalget

- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
- Landsforeningen for Huntingtons sykdom
- Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri, avd. Oslo og omegn
- Multippel sklerose forbundet i Norge
- Nakkeskaden - Frittstående støttegruppe for whiplashskadde
- Norges Astma- og Allergiforbund
- Norges Cøliakiforening
- Norges diabetesforbund
- Norges migreneforbund
- Norsk Dysmeliforening
- Norsk Epilepsiforbund
- Norsk forening for benmargstransplanterte
- Norsk Forening for Multippel Sklerose
- Norsk Forening for Osteogenesis Imperfecta
- Norsk Forening for Stomi- og Reservoaropererte
- Norsk Homøpatisk Pasientforening
- Norsk hypothyreose forening
- Norsk Leddgiktforbund
- Norsk narkolepsiforening
- Norsk Osteoporoseforening
- Norsk Revmatikerforbund
- Protein Intoleranse Foreningen
- Ryggmargsbrokkforeningen
- Trafikkskaddes Landsforbund

De fleste pasientorganisasjonene opplyser at de har medlemmer som bruker alternativ medisin både som alternativ til og som tillegg til skolemedisin. Mange av organisasjonene mener at samarbeidet mellom alternativmedisinske utøvere og helsevesenet ikke er godt nok. Videre pekes det på at det er ønskelig fra pasientens synspunkt å kunne velge, og å ha tilstrekkelig kunnskap for å kunne gjøre slike valg. Norsk Homøpatisk Pasientforening kan være et eksempel for slike synspunkter. De mener at medlemmene bruker alternativ medisin i hovedsak som en komplementerende behandlingsform. De opplyser at organisasjonen har erfaring med at medlemmer er frustrerte over manglende samarbeid mellom helsevesenet og alternativ medisin. De mener at homøopater og akupunktører bør autoriseres som helsepersonell med krav til kompetanse som gjør det mulig å ta fullt behandlingssansvar for pasienten. De mener også at de øvrige alternativmedisinske utøverne bør på pasientens ønske kunne trekkes inn i behandlingen også innenfor det offentlige helsevesenet.

Noen organisasjoner mener at alternativ medisin må integreres i helsevesenet eller sidestilles med skolemedisin. Et eksempel på dette kan være Trafikkskaddes Landsforbund som mener at 70-75 prosent av medlemmene benytter alternativ medisin. Organisasjonen mener at tradisjonell kinesisk medisin bør sidestilles med skolemedisin og at øvrige alternative terapiformer bør legges til skolemedisinen. De opplyser at de gir informasjon om både skolemedisin og alternativ medisin til sine medlemmer.

De fleste organisasjonene mener at alternativmedisinske terapier bør være et tillegg til skolemedisinen og eksisterende helsevesen. Eksempler på dette kan være Norsk Dysmeliforening og Norsk Forening for Stomi- og Reservoaropererte. De mener at alternativ medisin bør likestilles med skolemedisin dersom de vitenskapelig kan dokumentere at metodene virker, hvis ikke, bør alternativ medisin være et supplement.

KAPITTEL 12

Generelt om effektvurderinger**12.1 INNLEDNING**

Det er ikke mulig å sette opp generelle og utfyllende kriterier for hva som er en effektiv behandling. Overgangen fra «udokumentert» til «dokumentert» behandling vil være flytende. Hva som vil oppfattes som nødvendig dokumentasjon før en vil overføre noe fra utprøvende til rutinemessig behandling vil også være avhengig av hvor gode alternativer man kan tilby ved den aktuelle sykdomstilstanden. Helseøkonomiske aspekter vil også spille en rolle.

Noen ganger er effektene av en behandling så slående at store, kompliserte undersøkelser ville være både unødvendige og uetiske. Et eksempel på dette fra skolemedisinen er cellegiftbehandling med metotrexat som ble tatt i bruk ved akutt lymfatisk leukemi (blodkreft) hos barn tidlig på 50-tallet. Denne kreftformen var på den tid uhelbredelig, og de fleste barn døde innen et år etter at diagnosen var stilt. Allerede etter forsøk på et lite antall pasienter kunne det slås fast at metotrexat reduserte eller stanset veksten av kreftcellene. Forskningen de neste tiår har i stor grad dreiet seg om å forfine doseringsmåtene og kombinere cellegiften med andre legemidler og stråleterapi. Fortsatt er metotrexat en hovedingrediens i kombinasjonsbehandlingen som gis ved barneleukemi, og i dag kan svært mange barn regne med å bli helt friske igjen.

I de fleste tilfeller, både inne skolemedisin og alternativ medisin, er erfaringen at effektene er mer beskjedne og vanskeligere å tallfeste. Kanskje er det beste man kan oppnå for en kreftsyk pasient at veksten av kreftcellene hemmes for en periode. Likevel kan en slik behandling oppleves som meningsfull. I andre situasjoner kan det være enda vanskeligere å ta stilling til om virkningene av en behandlingsmetode er klinisk relevante. Det kan dreie seg om tilstander der en kun har til hensikt å forkorte et sykdomsforløp som vanligvis går over av seg selv, for eksempel hodepine, forkjølelse eller ukomplisert diaré. Eller det kan dreie seg om forebyggende behandling for å redusere risiko for senere sykdomsutvikling (for eksempel slag eller hjerteinfarkt). Dersom dette innebærer store inngrep i pasientenes livsstil (for eksempel streng diett), eller livslang behandling (for eksempel kolesterolsenkende legemidler), vil effektkriteriene måtte vurderes spesielt strengt. Dette er særlig viktig fordi intervensjonen eller behandlingen kan ha betydelige omkostninger i form av sykkeliggjøring, ubehag eller bivirkninger, og fordi den ofte omfatter friske individer hvorav bare et fåtall virkelig utvikler sykdom. Intervensjonen kan bety at flere hundre personer må behandles for å redde ett liv. En absolutt risikoreduksjon i dødelighet på 0,5 prosent betyr for eksempel at av 200 pasienter som behandles, så vil bare ett dødsfall unngås. De resterende 199 personene som ikke har noen personlig gevinst av behandlingen, vil imidlertid bli unødvendig utsatt for de bivirkningene behandlingen måtte ha.

I dette kapitlet vises det hvor vanskelig effektbegrepet er. Først gjennomgås noen tidligere NOU-er som har tatt opp denne problematikken. Deretter drøftes placebobegrepet. I siste delen av kapitlet er det en generell drøfting av effektbegrepet.

12.2 HVA SIER ANDRE OFFENTLIGE DOKUMENTER OM KRAV TIL DOKUMENTASJON AV EFFEKT?

Flere offentlige utredninger har behandlet spørsmålet om krav til dokumentert effekt av ulike behandlingstiltak. Utvalget vil peke på noen momenter fra tre NOU-er som ble publisert i 1997. Alle disse behandler spørsmål knyttet til dokumentasjon av behandlingseffekt.

12.2.1 NOU 1997:7 Piller, prioritering og politikk

Utredningen «Piller, prioritering og politikk» (Grund-utvalget) handler blant annet om prinsipper for prioritering i helsetjenesten generelt og på legemiddelområdet spesielt. Den har fem generelle hovedprinsipper for prioritering:

- Tilstandens alvorlighetsgrad
- *Tiltakets effekt*
- Tiltakets kostnadseffektivitet
- Behandlingsintensjonen
- Eventuelle andre kriterier

En mener at all medisinsk behandling, så langt det er mulig, bør være basert på vitenskapelige studier, og at det bør stilles krav til dokumentasjon både ved helbredende og forebyggende behandling. Spesielt gjelder dette dersom behandling skal tas i bruk i store pasientgrupper eller ved etablering av retningslinjer for behandling:

«All medisinsk behandling, så langt det er mulig, bør være basert på vitenskapelige studier. Det er enklere å dokumentere effekt av en behandling som har som primær målsetting å kurere (gjøre folk friske), enn å dokumentere for eksempel forebyggende behandling eller behandling med effekt på subjektive plager. Det bør likevel stilles krav til dokumentasjon også for slik behandling. Spesielt gjelder dette dersom behandling skal tas i bruk av store pasientgrupper eller for eksempel ved etablering av retningslinjer for behandling. Prinsippet om dokumentert effekt er i tråd med et utilitaristisk syn som innebærer at flest mulig bør få mest mulig nytte av de investeringer som gjøres i offentlige helsetjenester. Dersom ressursene benyttes på tiltak med tvilsom eller manglende effekt, svekkes mulighetene til å tilby helsetjenester som har effekt. Det kan være nyttig å skille mellom flere faktorer ved vurdering av forventet effekt:

- forventet størrelse på tjenestens effekt
- forventet sannsynlighet for at en tjeneste har effekt
- risiko for forverring ved utsettelse
- usikkerhet knyttet til vurdering.

Kravet om dokumentert eller dokumenterbar effekt må stå sterkt i en helsetjeneste som ønsker å være vitenskapsbasert i sitt valg av medisinske tiltak, enten det gjelder kurative tiltak eller forebyggende tiltak.»

Utvalget drøfter nærmere dokumentasjon av effekt av legemidler, og peker på vanskeligheter med slik type dokumentasjon:

«Ideelt sett bør alle legemidler ha dokumentert sin effekt på sykelighet og dødelighet gjennom vitenskapelig kontrollerte kliniske studier som pågår over lang nok tid. Ideelt sett bør også effekten vurderes ut fra i hvilken grad de kontrollerte kliniske studiene kan sammenlignes med bruken av legemidlet i den kliniske hverdag. Pasienter som deltar i kliniske studier kan for eksempel være valgt ut på en slik måte at de har større effekt av legemidlet enn «normalpasienten». I kliniske studier følges dessuten pasientene

svært nøye opp medisinsk, noe som kan gjøre dem lite sammenlignbare med andre pasienter. Enkeltstående kliniske studier er ikke uten videre tilstrekkelig til å fastslå effekten av et legemiddel. Noen ganger kan det være nyttig å vurdere data fra flere studier samlet (meta-analyser).»

Grund-utvalget mener at alle legemidler som omfattes av refusjonsordningen, i prinsippet bør ha en høy effekt og ha dokumentert dette gjennom vitenskapelige kontrollerte kliniske studier. Videre at kravene om dokumentert effekt skal kunne settes strengere for at et legemiddel skal finansieres av det offentlige, enn de krav Statens legemiddelkontroll setter for å tilstå godkjenning og markedsføringstillatelse. Likevel peker utvalget på at det er vanskelig å angi hva som er krav om dokumentert effekt:

«Effektbegrepet er mangesidig og ofte vanskelig å måle på grunn av vanskene med å måle helse og sykdom».

Det er en utvikling i retning av stadig strengere krav til dokumentasjon i forbindelse med bruk av legemidler og helsegevinster:

«Kravet til dokumentasjon av behandlingseffekt er med rette blitt skjerpet gjennom årene. Det er i dag liten faglig uenighet om at en bør kreve dokumentasjon mht. effekt både på livskvalitet (herunder plager og symptomer) og på levealder der dette er aktuelt. Det er ikke tilfredsstillende hvis det bare finnes dokumentasjon på såkalte myke endeprodukter (surrogatendeprodukter) som: blodtrykk, kolesterol, bentetthet, osv. I helseøkonomiske analyser er det nødvendig at nytten av helsetiltak beskrives i form av faktiske helsegevinster, som leveår vunnet, unngått beinbrudd osv.»

Grund-utvalget understreker betydningen av at effekt skal kunne dokumenteres når legemidler skal brukes og når det offentlige skal finansiere denne type behandling. Samtidig viser dette utvalget hvor vanskelig det kan være å sikre at kravet til dokumentert effekt oppfylles.

12.2.2 NOU 1997:18 Prioritering på ny

Utredningen «Prioritering på ny» (Lønning II-utvalget) diskuterer og gir anbefalinger til prioriteringer i helsetjenesten. Utvalget setter opp fire prioriteringsgrupper: Grunnleggende helsetjenester (I), utfyllende tjenester (II), lavt prioriterte tjenester (III) og tilbud som ikke hører hjemme innenfor det offentlig finansierte helsetilbud (IV). Utvalget sier at det å ta standpunkt til spørsmålet om hvordan behandlingseffekt skal måles og dokumenteres, har klare konsekvenser for prioriteringer:

«...ikke bare knyttet til behandling av den enkelte pasient, men også for den overordnede politiske prioritering. Hvilke resultatomål en velger, og hvordan behandlingseffektene vurderes, vil også ha økonomiske konsekvenser. Problemet med vurdering av behandlingseffekter er av generell natur og vil gjenfinnes i all medisinsk praksis.»

Lønning II-utvalget peker på at det på mange områder innen medisinsk praksis mangler dokumentasjon av helseeffekter, og at det er et stort behov for å få dokumentert effekt både av etablert diagnostikk og behandling og i forbindelse med nye behandlingsmetoder og prinsipper:

«Når det gjelder ny teknologi er behovet lett synlig fordi dokumentasjon av effekt ofte ikke eksisterer.»

At et tiltak skal være dokumentert innebærer etter Lønning II-utvalget at en i størst mulig grad skal ha sikkerhet for at tiltaket har den ønskede innvirkningen på den tilstanden en søker å påvirke.

«At et tiltak skal være dokumenterbart, betyr at det må være mulig å etterprøve om tiltaket har effekt på den aktuelle tilstanden, for eksempel at det på sikt er mulig å dokumentere effekten av lovende tiltak.»

Lønning II-utvalget skiller ikke mellom skolemedisin og alternativ medisin i kravet til dokumentert behandlingseffekt:

«I utgangspunktet stilles disse likt, men det stilles samme krav til dokumentasjon av behandlingseffekt. Dette innebærer at en behandling, selv om den er basert på skolemedisinske prinsipper, ikke er mer akseptabel enn annen behandling med udokumentert effekt, hvis kunnskapsbasen med hensyn til effekt ikke er til stede.»

Lønning II-utvalget mener at effekten av medisinske innsatsfaktorer ideelt sett bør vurderes ut fra i hvilken grad studier er gjort under kontrollerte og standardiserte betingelser og om de er overførbare til den kliniske virkelighet. Utvalget diskuterer effektbegrepet og bruker engelsk for å illustrere hvor sammensatt dette begrepet er (efficacy, effectiveness og efficiency). Utvalget konkluderer med at det er viktig å ha en felles forståelse av effektbegrepet, men kommer ikke frem til en nærmere konkret definisjon av begrepet.

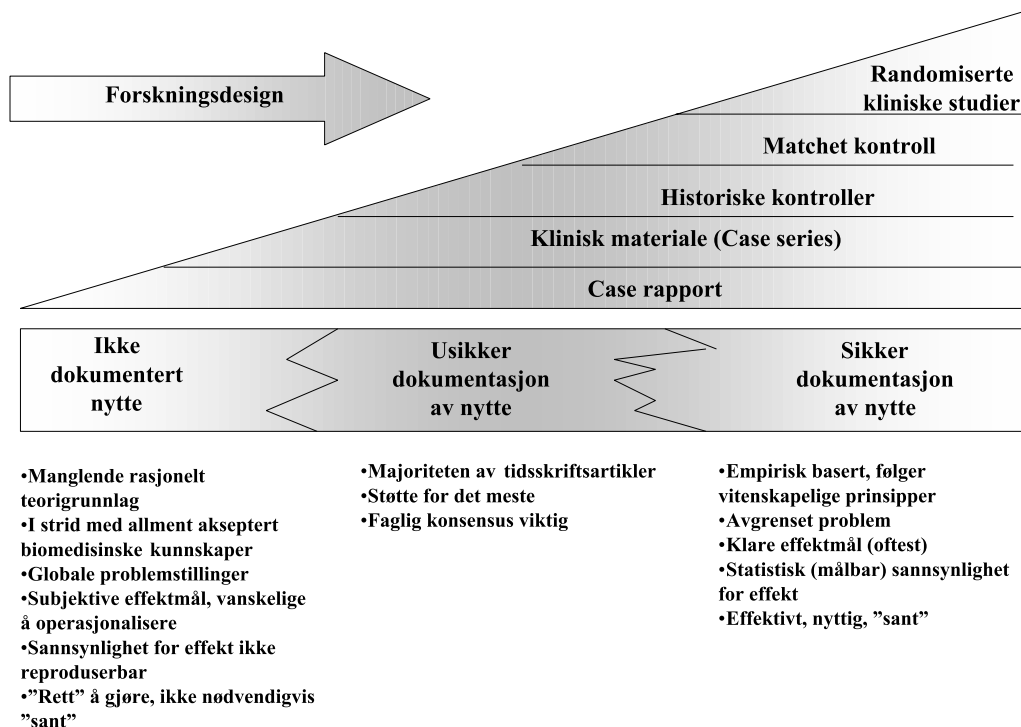
12.2.3 NOU 1997:20 Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan

Utredningen «Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan» (Norsk kreftplan), er utarbeidet av en ekspertgruppe på kreft. Utredningen beskriver blant annet dagens kreftbehandling og drøfter når ulike behandling bør tas i bruk. I denne sammenhengen drøftes «kunnskapsbasert medisin» og effekt av ulike tiltak eller behandlinger.

I utredningen er alternativ medisin omtalt flere steder. Blant annet pekes det på at nær halvparten av kreftpasientene i løpet av sykdomsperioden vil prøve en eller annen form for alternativ medisin. I denne sammenhengen gjør utvalget en vurdering av dokumentert effekt av «den vitenskapelig baserte medisin» og «alternativ medisin»:

«Alternativ medisin er ikke et entydig begrep. Det er heller ikke riktig å skille den tradisjonelle «skolemedisinen» fra alternativ medisin. I praksis finnes det en stor gråsoner. Den grunnleggende uenigheten mellom den vitenskapelig baserte medisin og alternativ medisin dreier seg om hvilke krav en skal sette til dokumentasjon for effekt. Den «kunnskapsbaserte medisin» baserer sin virksomhet på systematisk registrering av effekt på pasientgrupper som på forhånd er definert, dvs. at gruppene har en rekke felles karakteristika. En behandling skal ha en tallfestet sannsynlighet for virkning.»

I Norsk kreftplan omtales alternativ medisin som «udokumentert» behandling, mens skolemedisin omtales som (natur)vitenskapelig og kunnskapsbasert. Imidlertid påpekes det flere steder at ikke alle terapiformer som benyttes av det offisielle helsevesenet er like godt dokumentert. En rekke anerkjente behandlingsopplegg mangler en formell vitenskapelig dokumentasjon. I Norsk kreftplan slås det også fast at kunnskap ikke er ensbetydende med erfaring.



Figur 12.1

Det pekes også på at det er vanskelig å vurdere behandlingseffekten, og at det å ta stilling til spørsmålet om hvordan behandlingseffekt skal måles har konsekvenser for prioriteringer:

«Problemet med vurdering av behandlingseffekt er av generell natur og vil gjenfinnes i all medisinsk praksis. Det er særlig uttalt i kreftbehandlingen pga. at mennesker i møte med alvorlig sykdom og sannsynlig tidlig død gjerne søker etter behandlingsalternativ som kan gi håp, samtidig som den medisinsk-teknologiske utvikling bidrar til et «behandlingsimperativ» som den enkelte helsearbeider kan ha vansker med å vurdere sannhetsverdien av...

...Det å ta standpunkt til spørsmålet om hvordan behandlingseffekt skal måles og dokumenteres har klare konsekvenser for prioriteringer, ikke bare knyttet til behandling av den enkelte pasient, men også for den overordnede politiske prioritering.»

I Norsk kreftplan settes det opp en gradering av effekt av ulike behandlingstiltak på en skala som går fra ingen nytte (udokumentert behandlingseffekt) til sikker nytte (standard behandling). Mellom disse to ytterpunktene er det en stor gråsoner der nytteverdien av behandlingen er usikker. Figur 12.1 er en prinsippskisse for vurdering av behandlingseffekt og den kunnskapsforankring en vurdering av effekt kan baseres på (hentet fra Norsk kreftplan).

I Norsk kreftplan blir det sagt at modellen ikke skiller på krav til dokumentasjon av effekt mellom skolemedisin og alternativ medisin (samme ordlyd som i Lønning II-utvaget):

«I utgangspunktet stilles disse likt, m.a. må det stilles samme krav til dokumentasjon av behandlingseffekt. Dette innebærer at en behandling, selv om

den er basert på «skolemedisinske prinsipper», ikke er mer akseptabel enn annen behandling med udokumentert effekt hvis kunnskapsbasen mht. effekt ikke er til stede og selv om en argumentasjon er «naturvitenskapelig.»

I Norsk kreftplan konkluderes det med at all behandling, uavhengig av intensjon, må bygge på kunnskap. Kunnskapsgrunnlaget må baseres på vitenskapelige studier publisert i anerkjente tidsskrifter med referee-system («referee-system» betyr at den artikkel og det forskningsresultat som publiseres, er vurdert av flere, uavhengige og for forfatteren anonyme spesialister før artikkelen trykkes. Sentralt i vurderingen står spørsmålet om det som presenteres er holdbart og at konklusjonene som trekkes er rimelige). Det anbefales at behandling med sikker nytteverdi, og som dermed bør innføres som standard behandling i Norge, må baseres på systematisk dokumentasjon.

Oppsummeringsvis kan vi si at i Norsk kreftplan pekes det på at begrepet effekt i forhold til tiltak og behandling er problematisk både definisjonsmessig og i forhold til konsekvenser det gir for ulike prioriteringer. Norsk kreftplan forsøker å begrunne effekt av tiltak og behandling ut fra type dokumentasjon, og forutsetter at effekt foreligger dersom det kan dokumenteres etter gitte kriterier. Norsk kreftplan setter samme krav til dokumentasjon av effekt for alternativ medisin som for skolemedisin.

12.2.4 Oppsummering

Utvalget har sett på effektbegrepet i utredningene «NOU 1997:7 Piller, prioritering og politikk», «NOU 1997:18 Prioritering på ny» og «NOU 1997:20 Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan». I alle tre utredningene pekes det på vanskeligheter knyttet til måling og dokumentasjon av effekt av tiltak og behandling. Sentralt i vurdering av effekt ligger mulighet for å etterprøve om tiltaket har effekt og tilstrekkelig dokumentasjon etter definerte vitenskapelige kriterier.

Ideelt sett bør legemidler og behandlingstiltak som brukes i norsk helsetjeneste kunne vise til dokumentert behandlingseffekt. Det samme bør være tilfelle når noe skal prioriteres inn og noe annet ut av den offentlige helsetjenesten. Imidlertid viser det seg at mange tiltak iverksettes, og prioriteringer gjøres, uten at effekten er tilstrekkelig dokumentert.

Alternativ medisin blir sidestilt med skolemedisin når det gjelder krav til dokumentasjon av effekt tiltak og behandling. Behandlingstiltaket er akseptabelt både innen alternativ medisin og i skolemedisin dersom kunnskapsbasen med hensyn til effekt er tilstede.

Selv om mange behandlingsformer har dokumentert effekt, peker disse tre utredningene på at det ennå er mange utfordringer i forhold til å kunne dokumentere effekten av tiltak og behandling som i dag brukes i helsevesenet.

12.3 PLACEBO - BEGREP, TEKNIKKER OG EFFEKTER

En behandlingssituasjon inkluderer pasienten, behandleren og det fysiske og psykiske spillet mellom pasient og behandler, herunder teknikker som behandleren benytter. Dersom behandleren ikke benytter et alminnelig akseptert behandlingsprinsipp, for eksempel legemiddel eller kirurgi, vil en observerte behandlingseffekt som man har vanskelig for å forklare mekanismen for, ofte bli kalt en placeboeffekt av mange innen skolemedisinen. Innen skolemedisinen oppfattes placebo som et etablert begrep forbundet med utprøvet metodikk i kliniske legemiddelstudier. Utøvere av alternativ medisin blir ofte møtt av skolemedisinere med at resultater av teknikker de benytter bare er placeboeffekter. Utøvere av alternativ medisin sier

heller at behandlingen de gir styrker den selvregulerende og selvhelbredende evnen kroppen har.

Placebo og placeboeffekter er derfor verdiladete begrep. En diskusjon av disse begrepene er nødvendig i vår sammenheng fordi myndigheter forholder seg til regelverk for godkjenning av legemidler, der bruk av placebo som teknikk har inngått som en selvfølgelig del av dokumentasjonsgrunnlaget.

12.3.1 Placebo som begrep

Ordet placebo kommer av latin *placere* som betyr *jeg vil* eller *skal behage*. Det er gitt mange forskjellige definisjoner av placebo og placeboeffekter. En gammel definisjon er at: «...en placeboeffekt er en terapeutisk effekt produsert av en biomedisinsk inert substans...». Andre har sagt at: «...placeboeffekt er en uspesifikk effekt av et terapeutisk tiltak som kan eller ikke kan ha en spesifikk effekt i tillegg.» Placeboeffekten er videre definert som: «...det alle behandlinger har til felles.» En definisjon åpner opp for forklaringsmåter: «...uansett hvor inaktivt placebo er i ordets rette forstand, er det ikke uvirksomt med hensyn til effekt; det er et kraftig stimulus som primært virker i det sentrale nervesystemet i hjernebarken.» Når signaler om effekt forsterker en ønsket virkning av et terapeutisk tiltak, uttrykkes en *placeboeffekt*. Når signaler om effekt svekker en ønsket virkning av et terapeutisk tiltak, uttrykkes en *noceboeffekt*.

12.3.2 Placebo som teknikk

For pasienten er behandlingseffekten, det å bli frisk, å få symptomene lindret eller plagene redusert, det viktigste. For forskere kan det være viktig å skille ut hvilke komponenter i en behandlingssituasjon som gir effekt, for eksempel hvor stor effekt et legemiddel har i forhold til den totale behandlingseffekten. For å skille ut legemiddeleffekten fra andre effekter bruker man ofte placeboformuleringer. Pasienten får en kapsel, pille eller injeksjon som ikke inneholder farmakologisk aktiv substans i en formulering som ikke synlig lar seg skille fra den egentlige testformulering. I forsøk som er dobbelt blindet vet verken behandler eller pasient om den enkelte pasient får placebo eller aktivt stoff for ikke å være forutinntatt med hensyn til effekt. Disse teknikkene er etter hvert meget anvendt. På folkemunne oppfattes slik bruk av placebo som en teknikk med bruk av «narrepiller».

12.3.3 Placebo som effekt

Ordet placebo benyttes også om placeboeffekt, det vil si behandleren skaper en atmosfære som forsterker effekten av den teknikk han anvender. Placeboeffekten er særlig uttalt ved smerter hvor den ikke synes å være begrenset til subjektive opplevelser, men også til fysiologiske endringer som kan måles. Hvilke mekanismer som bevirker slike fysiologiske endringer er uklart. En kan tenke seg at placebo og noceboeffekter utløser psykologiske mekanismer som introduserer nevrofysiologiske forandringer som igjen samvirker med et terapeutisk tiltak.

Internasjonalt er det fornyet interesse i å utnytte placeboeffekten på en positiv måte.

Skolemedisinere bruker betydelige krefter på å journalføre den enkelte pasients behandling, og det kan gå utover tiden for den gode kontakten og samtalen. Slik kan placeboeffekten svekkes. På den annen side går det også an å formidle et positivt signal om effekt av behandlingsmetoder eller teknikker som ikke i seg selv er dokumentert effektive. Slik behandling reiser viktige etiske spørsmål.

Dobbelblindede legemiddelundersøkelser rapporterer også negative virkninger i gruppen som får placebo. Slike uheldige effekter av placebo, det vil si noceboeffekter, kan være økt søvnbehov, tretthet/svakhet, fordøyelsesbesvær, konsentrasjonsvansker, hodepine, appetittløshet, forvirring, smerter, svimmelhet, angst og kvalme.

12.3.4 Forskning på placebobegrepet og placeboeffekter.

Ethvert terapeutisk tiltak bærer i seg et budskap om at en ønsker å endre symptomer, plager eller sykdommer. Det er derfor naturlig at en pasient lar seg påvirke av at terapeuten signaliserer, bevisst eller ubevisst, et ønske om endring og bedring. Bestemte prosedyrer eller opplevelser som settes i forbindelse med en behandling kan påvirke resultatene. Terapeutens atferd før, under og etter en behandling er viktige signaler til pasienten.

Mange undersøkelser på placeboeffekter har ikke et forsøksdesign som gjør det mulig å skille effekter av spontantilheling og tilbakegang mot middelverdien fra en eventuell placeboeffekt. Undersøkelser fra perioden 1950-1960 viser at tre av ti pasienter vil ha en placeborespons på cirka 50 prosent i et hvilket som helst klinisk forsøk, enten tilstanden som studeres er smerter, hodepine, hjertekrampe, forkjølelse, hoste eller sjøsyke. Det hevdes ofte at placeboeffekter er kortvarige, og at visse personlighetstyper er mer disponert for slike effekter enn andre. Nyere forskning viser imidlertid at placeboeffekten er varierende og ofte uforutsigbar. Det betyr at en pasient i en situasjon kan oppnå en placeboeffekt, i en annen situasjon ikke. Det er vist at placeboeffekt ikke er avhengig av kjønn, alder og intelligens. Placebo har tid/effektkurver som viser både en maksimal effekt og en kumulativ effekt. Det siste betyr at ved gjentatt tilførsel av placebo øker effekten. Tilsvarende kan det være en resteffekt ved avslutning av placebobehandling som ligner den man har ved aktiv behandling. Resteffekt betyr at effekten henger igjen en tid etter at placebo eller legemidlet er utskilt fra kroppen. Det er forskning som viser at to placebokapsler har mer effekt enn en, at store kapsler har sterkere effekt enn små, at gule kapsler virker stimulerende og hos noen antidepressivt, mens hvite kapsler virker som smertestillende og som narkotikum. Det er også vist at injeksjoner gir større effekter enn tilførsel av piller.

Ved smertefull nervesykdom hos diabetikere har placebo vist effekt i tre uker med en gradvis tilbakevending til utgangspunktet i de etterfølgende tre uker.

Når det gjelder mekanismene er disse lite kjent. Noen placeboeffekter er beskrevet som betingede reflekser, forventninger og innlæring. En del forsøk kan tale for at deler av placeboreaksjonen er en mobilisering av kroppens selvhelbredende og selvregulerende krefter. Det er holdepunkter for at placeboeffekter i smertestillende forsøk handler om frigjøring av endorfiner, kroppens eget morfin.

Referanser

Brown W. A.: *The placebo effect*. Scientific American 1998 68-73.

Ernst E.: *The power of placebo*. British Medical Journal 1996 313:1569-1570.

Ernst E., Resch K. L.: *Re-defining the placebo effect*. Perfusion 1995 8:264-268.

Flaten M. A., Simonsen T., Waterloo K. og Olsen H.: *Pharmacological classical conditioning in humans*. Human psychopharmacology 1997 12: 369-377.

Kienle G. S.: *Kritische analyse der wissenschaftlichen basis des sogenannten placeboeffekts*. Erfahrungsheilkunde 1997 5: 298-307.

Poleszynski D. V.: *Den såkalte placeboeffekten*. Naturterapeuten 1997 4 - 1998 1:15-17.

Turner J. A., Deyo R. A., Loeser J. D., von Korff M. og Fordyce W. E.: *The importance of placebo effects in pain treatment and research*. JAMA 1994 271:1609-1614.

Weiner M. og Weiner G. J.: *The kinetics and dynamics of responses to placebo*. Clin Pharmacol Ther 1996 60:247-254.

12.4 PROBLEMATISERING AV EFFEKTBEGREPET

12.4.1 Effekt, effektivitet og kostnadseffektivitet

I den tidlige fasen av kliniske utprøvinger vil utvelgelse av pasienter ofte være influert av ønsket om å kunne maksimere de ønskede effektene. Dette vil blant annet påvirke hvem som tas med og hvem som ikke tas med i studieopplegget. Dette skaper tolkningsproblemer med hensyn til generaliserbarhet i den virkelige kliniske hverdag. Hvor anvendelige er for eksempel resultater fra studier av pasienter mellom 30 og 60 år når barn eller gamle skal behandles? Eller vil studieresultater på pasienter med særlig god prognose kunne forutsi utfallet for pasienter med dårligere prognose?

Når de avgjørende studiene skal gjennomføres er det viktig å ikke ha for strenge kriterier for hvem som tas med og hvem som ikke tas med, men forsøke å få et pasientmateriale som i størst mulig grad avspeiler den målgruppen man skal behandle i vanlig praksis. Den effekten som måles på standardiserte og utvalgte pasientmaterialer under nøye kontrollerte forsøksbetingelser med velkvalifisert helsepersonell og optimale ressurser, betegnes ofte som behandlingens effekt (engelsk: «efficacy»). Først når behandlingen er forsøkt i vanlig klinisk praksis vil en få erfaring om hvordan effektene er «i det virkelige liv». Dette kalles gjerne behandlingens effektivitet (engelsk: «effectiveness»). Enda et effektbegrep møtes ofte, nemlig kostnadseffektivitet (engelsk: «efficiency»), som kan oversettes som nytteverdien av behandlingen i forhold til kostnadene.

For pasienten som er syk er det avgjørende spørsmålet om behandlingen hjelper ham. For helsepersonell som beslutningstakere i den individuelle pasientbehandlingen og i forbindelse med utforming av rutineopplegg og prosedyrer, er imidlertid perspektivet mer omfattende. Det samme gjelder for helsepolitikere som skal ta stilling til bevilgninger og rammevilkår. For disse er spørsmål som «hvor mange vil bli hjulpet», og «i hvor stor grad er tiltakene kostnadseffektive» av vesentlig betydning. Dersom effekten av tiltakene er forbundet med stor risiko for behandlingssvikt eller komplikasjoner, og kostnadene kanskje er høye, er det ikke alltid opplagt at de helsepolitiske beslutningstakerne vil gi nødvendige bevilgninger, selv om det for den enkelte pasient synes opplagt. Dette er velkjent fra debatten om prioriteringer i helsesektoren. Det ståstedet man har vil således være av vesentlig betydning når utprøvende behandling planlegges, analyseres og evalueres.

12.4.2 Store versus små studier

Jo mindre effekt som kan forventes av en behandling, jo større studier må gjennomføres for å påvise denne forskjellen. I statistisk terminologi heter det at studien må ha tilstrekkelig statistisk styrke for å kunne påvise den forventede effekten. Av og til møter man på den misoppfatningen at bare store studier som inkluderer kanskje tusenvis av pasienter er troverdige, eller at jo større en studie er, jo sikrere er resultatene. Dette er feil. Små studier kan være like holdbare, dersom planleggingen er fullgod. Hvis en kan vise positive effekter ved å studere noen hundre pasienter ist-

eden for titusener, er trolig dette av større helsemessig betydning. Det er viktig å huske at små, men statistisk høysignifikante resultater alltid lar seg påvise dersom et stort nok antall forsøkspersoner inkluderes. Dette innebærer nesten alltid store internasjonale studier som innbefatter flere studiesteder samtidig. Dette er det bare industrien som har ressurser til å gjennomføre. Kliniske studier innebærer alltid ekstraordinær innsats fra helsepersonell, og dessuten medvirker pasienter som frivillige samarbeidspartnere. Det kan derfor være like uetisk å gjennomføre unødvendig store kliniske studier, som at for små studier utføres. I det siste tilfellet vil imidlertid innsatsen fra utprøverne og pasienter bli bortkastet fordi det ikke er mulig å trekke sikre konklusjoner.

12.4.3 Resultatmål

I det virkelige liv er det ikke vanlig å se bare etter ett behandlingsresultat, fordi behandlingen er sammensatt og mange typer av forbedringer på hver sin måte kan oppfattes som gunstige. Eksempler på dette er gitt nedenfor.

Effekter av sykdomsforløpet	Gunstig effekt av behandling
Død	Forlenget levetid, lavere dødelighet
Uførhet	Bedret funksjonsdyktighet
Progresjon av sykdommen og økt risiko for komplikasjoner	Sykdomsforløpet stabiliseres eller reverseres og risiko for komplikasjoner reduseres
Misnøye med pleieforhold	Økt tilfredshet med pleieforholdene
Frustrasjon pga sykdommens effekter	Føler seg bedre/mestrer situasjonen bedre

Figur 12.2

I eksperimentelle studier må man gjerne forenkle og bestemme seg for de resultatmål som oppfattes å ha størst behandlingsmessig gevinst for forsøkspersonene. En må regne med at disse vil være uavhengige av om alternativ medisin eller skolemedisin benyttes. Slike mål kan defineres og presiseres på grunnlag av eksemplene som er gitt i figur 12.2. I bekreftende eksperimentelle studier (se nedenfor) bør det være kun ett hovedmål (primært resultatmål). Dette dreier seg vanligvis om effekt (for eksempel kan det primære resultatmålet være en meningsfull reduksjon i antall eller varigheten av migreneanfall). Sikkerhet kan også være av vesentlig interesse hvis tidligere studier har avdekket sikkerhetsfaktorer som må avkrefte eller bekrefte (for eksempel fall hos eldre som får behandling som påvirker balansen).

I visse sammenhenger tas det sikte på å måle endringer i biologiske markører eller faktorer som antas å forutsi sykkelighet eller dødelighet. Disse omtales gjerne som myke resultatmål eller surrogatmål, fordi de ikke uten videre sier hvilken effekt behandlingen har på den reelle sykkelighet eller dødelighet. Surrogatmål kan være relativt lette å bestemme og kan ofte gi hurtige svar på kliniske problemstillinger som det ellers kanskje ville ta år å få et endelig svar på. Et typisk eksempel fra skolemedisinen er effekter på blodtrykk, som i seg selv ikke er noen sykdom, i stedet for å studere mulige konsekvenser av høyt blodtrykk (utvikling av hjertesvikt,

hjerneslag, hjerteinfarkt eller død). Fra alternativ medisin kan det også gis eksempler på surrogatmål, for eksempel at tunge og puls normaliseres ved akupunkturbehandling. Et annet eksempel er fra homøopatien der behandlingen vurderes som mest effektiv dersom symptomene ved en lidelse forsvinner først fra de øvre deler og sist fra de nedre deler av kroppen, eller ved at bedring skjer i omvendt rekkefølge av det som skjedde da sykdommen oppstod.

Forutsetningen for å kunne benytte surrogatmål (både innen skolemedisinen og den alternative medisinen) er at de er statistisk relatert til den aktuelle sykdommen, og at det finnes et velfundert faglig grunnlag for å anta at de reflekterer selve sykdomsproessen. Dette bør stadfestes gjennom bekreftende studier.

Både harde resultatmål og surrogatmål benyttes som primære effektvariabler. Studier som måler livskvalitet og funksjonsdyktighet kan også være primære effektmål. Innen alternativ medisin legges det stor vekt på pasientenes uttrykk for subjektiv allmenn bedring, som for eksempel økning av energi, overskudd og toleranseterskler. Det er ikke uproblematisk metodemessig å utføre livskvalitetsstudier, men der de gjennomføres på en metodemessig akseptabel måte, vil de bli en stadig viktigere del av dokumentasjonsgrunnlaget både innen alternativ- og skolemedisinen.

12.4.4 Bekreftende studier

Bekreftende studier har som hensikt å frembringe avgjørende vitenskapelig bevis for den kliniske gevinsten av et medisinsk inngrep. Disse utgjør derfor den viktigste dokumentasjonen ved vurderingen av effekter. De bør bare ta for seg ett hovedspørsmål, og dette bør ha vesentlig betydning for den overordnede kliniske effekten.

Rasjonale for og utforming av bekreftende studier må nødvendigvis bygge på resultater fra tidligere kliniske studier. Slike betegnes ofte som hypotesefrembringende studier. Som alle vitenskapelige studier bør også disse studiene ha klart formulerte og presise målsetninger, men i motsetning til de bekreftende studiene, vil de dataene og resultatene en her får, kunne påvirke hvordan evaluering og statistiske analyser utføres. Dessuten er ofte forsøksopplegget mer fleksibelt og vil kanskje kunne endres underveis, avhengig av resultatene.

12.4.5 Hva skal til for at nye metoder virkelig tas i bruk

Dersom en ny behandlingsmetode har et tilstrekkelig vitenskapelig grunnlag, ville en kanskje tro at det er ganske enkelt å få den akseptert og iverksatt i klinisk praksis. På den andre siden skulle foreldete metoder som ikke har det tilstrekkelige vitenskapelige grunnlaget ganske naturlig forsvinne fra den kliniske hverdag. Slik er det imidlertid ikke.

Det er mange faktorer og aktører som på ulik måte og med ulik styrke påvirker disse prosessene. Det er ikke mulig her å gå inn i en detaljert analyse, men det kan nevnes noen eksempler:

Pasientene er de senere årene blitt en stadig viktigere faktor. Som enkeltindivider, ved stadig å få større innflytelse på valget av behandlingsform (jf. kapittel 10), og gjennom pasientorganisasjoner, kan de skape et betydelig press på såvel helsepolitikere som terapeuter. Det moderne informasjonssamfunnet med tilgang på blant annet elektroniske media, har gjort det mulig for publikum å holde seg oppdatert innen medisinsk teknologi og metode, også på områder som er klart utprøvende og udokumenterte. Farmasøytiske firmaer har innsett potensialet i denne nye muligheten for markedsføring, og det settes nå inn store ressurser på direkte reklame til publikum på områder der legene før var viktigste målgruppe.

Innen helsevesenet er legers autonomi med hensyn til valg av behandlingsform innen sitt spesialfelt viktig. Kollegiale nettverk og toneangivende fagmiljøer er imidlertid viktige faktorer når det gjelder å ta nye og løfterike metoder i bruk. Det er heller ikke ukjent at autoritær professoral «synsing» fremdeles styrer mye av det som regnes som akseptabel «gullstandard» både nasjonalt og internasjonalt, og dette kan også være bremsekloss når det gjelder å avskaffe uheldig praksis.

Markedsføringsstrategier fra farmasøytisk industri og industri som produserer medisinsk utstyr er en annen viktig faktor. I prinsippet er dette ikke vesensforskjellig for skolemedisin og alternativ medisin, idet også noen alternativmedisinske metoder i stor utstrekning benytter legemidler, naturpreparater og utstyr.

Sentrale myndigheter sitter også med betydelige styringsmuligheter gjennom godkjenningsordninger, subsidiering, øremerkede tiltak og ikke minst gjennom refusjonsordningene. Dessuten organiserer myndighetene mye av den virksomheten som gir aktørene innen helsevesenet veiledning og tilgang på oppdatert kunnskap om dokumentasjonsgrunnlag. Som eksempler på dette kan nevnes Helsetilsynets retningslinjer og veiledningsserier, evalueringer fra det nyopprettede Senter for medisinsk metodevurdering, Statens legemiddelkontrollis produsentuavhengige informasjon og terapianbefalinger samt Forskningsrådets konsensuskonferanser.

Referanser

Avorn J.: *Depression in the Elderly - falls and pitfalls*. NEJM 1998 339:918-20.

Black N.: *Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care*. British Medical Journal 1996 312:1215-8.

Channer K. S.: *Translating clinical trials into practice*. Lancet 1997 349:654-5.

Cochrane Complementary Medicine Field. The Cochrane Library 1998 3:1-10.

Comittee for Proprietary Medicinal Products/International Conference of Harmonization/363/96: *Note for Guidance on Statistical Principles for Clinical Trials*. <http://www.eudra.org/emea/cpmp-g/cpmp-g.html>

Editorial: *Developing high quality clinical databases*. British Medical Journal 1997 315: 381-2.

Freudenheim M.: *Mental Health Drugs Now Marketed Directly to Patients*. NY Times Tue Feb 17 16:57:58 1998.

Muir Gray J. A.: *Evidence-Based Healthcare*. Churchill and Livingstone 1997.

Proctor S.: *Is this the end of research as we know it?* British Medical Journal 1997 315:388.

Rosenberg W. og Haynes R. B.: *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Churchill and Livingstone 1997.

Sandulli W., Cohen, B. og Rodriguez, I. Jr.: *Winning Strategies in Direct-to-Consumer Advertizing Campaigns for Prescription Drugs*. MM&M 1997 10/1/97:41 <http://www.scottlevin.com/coverage/html/winning.html>

Sheldon T.: *Drug promotion - how ethical is direct-to-consumer advertising?* Scrip Magazine 1998 July/August:21-22.

The Foundation for Integrated Medicine on Behalf of the Steering Committee for The Prince of Wales Initiative on Integrated Medicine. *Integrated Healthcare. A Way forward for the Next Five Years? A Discussion Document: A note on research methods and their application to complementary and alternative medicine*. The Foundation for Integrated Medicine 1997 57-59.

KAPITTEL 13

**Vurdering av alternativmedisinske behandlingsformers
effekt og bivirkninger****13.1 INNLEDNING****13.1.1 Historikk**

Det har vært en økende forskningsaktivitet i Vesten innen feltet alternativ medisin de siste 15-20 år. Flere land, deriblant Norge, har hatt egne forskningsprogram om alternativ medisin (jf. *"Helsevesenets holdninger til og bruk av alternativ medisin"* i kapittel 9).

Dels har etablerte forskere innen naturvitenskapelige fag testet alternativmedisinske metoder, men mange alternativmedisinske utøvere har også villet delta i vitenskapelige utprøvinger. Problemet for de etablerte forskerne har vært at de ofte har hatt for liten kunnskap om behandlingsmetodene, mens de alternativmedisinske utøverne ofte har hatt for liten skolering i vitenskapelige metoder. Det har i liten grad vært oppbygging av egne forskningsmiljøer, og det har derfor vært liten utvikling av egne forskningsmetoder og design. I Europa finnes kun ett professorat i alternativ medisin (1998). Det er ved universitetet i Exeter. Ved noen tyske universiteter finnes mindre forskningsmiljøer som i Witten-Herdecke (antroposofisk medisin) og München (Münchener projekt).

13.1.2 Ståstedet kan avgjøre utsikten

Hvorvidt en behandlingsmetode skal aksepteres eller ikke, bestemmes for en stor del av ståstedet til dem som skal avgjøre dette (jf. punkt 12.4). Forskere innenfor skolemedisinsk tradisjon har vært opptatt av at det skal finnes en forklaringsmodell som er forståelig innenfor deres «vitenskapelige verdensbilde». Hvis en behandlingsmetode er godt dokumentert og forklaringsmodellen akseptabel, vil dette trolig føre til aksept innen skolemedisinen. Dette gjelder for eksempel akupunktur, der man har kunnet måle en økning av kroppens egne endorfiner etter behandling. På den annen side finner vi metoder som homøopati, healing og soneterapi hvor virkningsmekanismene er uforståelige med dagens vitenskapelige metoder. Dette kan føre til en større bevisbyrde før metodene aksepteres av skolemedisinen. Hvis en forsker har som utgangspunkt at homøopati umulig kan ha effekt, vil dette føre til en uendelig størrelse på bevisbyrden. Hos pasienter og politikere er ofte holdningene en annen. Hvis det er like stor sjanse for at homøopati virker som at metoden ikke virker, vil bevisbyrden bli adskillig mindre for at metoden skal kunne aksepteres som effektiv.

	<i>Virkningsmekanisme</i>	
	<i>Kjent</i>	<i>Ukjent</i>
<i>Godt dokumentert</i>	Lett å akseptere	Vanskelig å akseptere
<i>Svakt dokumentert</i>	Lett å avvise	Uproblematiske å avvise

Figur 13.1 Virkningsmekanisme og dokumentasjon

I utvalgets vurderinger av effekt er mulige virkningsmekanismer beskrevet. Men om det har vært mulig å beskrive virkningsmekanismer eller ikke, har ikke hatt innflytelse på vurderingen av grad av dokumentert effekt.

13.2 UTVALGETS KRITERIER FOR VURDERING AV EFFEKTDOKUMENTASJON

13.2.1 Bakgrunn

Behandling av syke mennesker har alltid eksistert i en eller annen form. Noen behandlingsmåter har overlevd kun kort tid, andre har bestått i årtusener (jf. kapitlene 4 og 6). Enkelte behandlingsmetoders lange overlevelse kan i seg selv synes å være et argument for at metoden er klinisk effektiv. Slike erfaringsbaserte behandlingsmetoder finnes både i skolemedisinen og i alternativ medisin.

For den enkelte pasient som har erfaring med at en behandling har «virket», er dokumentasjonen nettopp det faktum at vedkommende ble frisk. Det er uinteressant hva andre mennesker erfarer eller hva som i gjennomsnitt hjelper best når man studerer større befolkningsgrupper. Det er også en økende erkjennelse av at for den enkelte pasient kan prosessen man går gjennom under behandlingen være like viktig som det endelige «objektive» resultat. Dette vil i særlig grad gjelde sykdommer hvor valget av behandlingsform vil medføre store forskjeller i bivirkninger, isolasjon, psykisk traume osv. og hvor forskjellene i «objektivt» resultat i form av overlevelse, funksjonsnivå osv. er marginalt. Enkelte kreftformer er eksempler på slike sykdommer.

Skolemedisinen arbeider ut fra prinsippet om at valg av behandlingsform ikke kun skal være basert på erfaring i det enkelte møte mellom behandler og pasient. Det er nødvendig å praktisere etter en systematisert innsamlet kunnskap på større grupper. Dette betinger imidlertid stor grad av standardisert diagnosesikkerhet. Utøvere av alternativ medisin hevder ofte at denne dokumentasjon av effekt ikke er tilpasset den kliniske virkelighet de befinner seg i. Utvalget kan se støtte for begge typer argumenter. Skolemedisinen har kanskje ofret for mye av individtilpassingen, mens de alternativmedisinske utøvere i for liten grad har vært rede eller villige til å underlegge seg systematisk innsamling av klinisk kunnskap på større pasientgrupper. Noe av forskjellene mellom de to retningene kan nok også ligge i forskjellig vektlegging på den mellommenneskelige prosess mellom behandler og pasient som et mål i seg selv.

13.2.2 Hva gjør en behandlingsmetode effektiv?

Med bakgrunn i det som er nevnt foran (jf. punkt 13.2.1), kan det være mange grunner til at en behandlingsmetode oppleves som effektiv. Overgangen fra egendefinert syk til egendefinert frisk, samtidig med at man blir utsatt for en behandling, er oftest et samspill mellom følgende faktorer:

1. Behandlingsmåten/middelet har spesifikt angrepet sykdomsårsaken eller sykdomsoppretholdende faktorer.
2. Behandlingsmåten/middelet har spesifikt fjernet symptomene.
3. Behandlingsmåten/middelet har påvirket kroppens selvhelbredende krefter i en positiv retning.
4. Behandlingsmåten/middelet har påvirket pasientens innsikt i eller opplevelse av sykdom.
5. Behandlingsmåten/middelet har blitt iverksatt samtidig med at det naturlige forløp av sykdommen har vært en bedring.

Tilfriskning etter en livstruende bakteriell hjernehinnebetennelse med blodforgiftning vil hovedsakelig kunne forklares ut fra faktor nr. 1 i kombinasjon med faktor nr. 3. Mye av behandlingen av lettere psykiske lidelser følger faktor nr. 3 og 4. Alle punktene ovenfor kan i prinsippet undergå effektvurdering, men den dobbel- eller trippelblinde placebokontrollerte kliniske studie vil noen ganger verken være den ideelle eller mulige tilnærmingen.

Det er viktig å merke seg at effektive, dokumenterte behandlingsformer over rimelig kort tid viker plass for nye, mer effektive dokumenterte behandlingstilnærminger. Dette kan illustreres ved å se på den skolemedisinske behandling av magesårssykdommen. For bare 30-40 år siden besto behandlingen av hvile og «ulcuskost». De pasientene som ikke ble bedre av denne behandlingen ble tilbudt operativ behandling. Man fjernet gjerne deler av magesekken og/eller tolvfingertarmen, senere kuttet man ved operasjonen bare magesekkens gren av vagusnerven. I 1980-årene opphørte stort sett operasjonene da man tok i bruk medisiner som reduserte syreproduksjonen (H₂-blokkere og protonhemmere). I øyeblikket tror man at sykdommen skyldes en bakterie, og behandlingsmåten er antibiotika som man mener utrydder sykdomsårsaken. Alle disse behandlingsmåtene var i sin tid ansett som veldokumenterte.

13.2.3 Vurdering av alternativmedisinske metoder

Det underliggende spørsmål når alternativmedisinske behandlingsmetoder skal vurderes med hensyn til effekt synes ved første øyekast enkelt: Virker metoden eller virker den ikke? I kapittel 12 er det vist at det kan være vanskelig å dokumentere effekt, og at behandlingsformer tas i bruk selv om effekten er utilstrekkelig dokumentert. For å vurdere om en behandlingstilnærming er effektiv, må det imidlertid sammenlignes med enten ingen behandling eller annen behandling. Det er snakk om å gjøre tre prinsipielle typer vurderinger

1. Virker behandlingsmetoden i det hele tatt?
 - I dette tilfellet vil man undersøke om metoden har noen effekt som er større enn om man lar den syke være uberørt av behandling. Dette er sjelden en aktuell problemstilling all den tid utøvere innen alternative medisin sjelden behandler sykdommer som det ikke finnes eller er utprøvd annen behandling for. I forbindelse med utvidelsen av sykdomsterritoriet (jf. punkt 3.2) kan slik vurdering være aktuell. Ingen slik situasjon er imidlertid blitt presentert for utvalget.

2. Virker behandlingsmetoden bedre enn skolemedisinsk behandling?
 - I dette tilfellet kan man enten sammenligne enkelte aspekter ved behandlingsmetoden eller hele behandlingstilnærmingen opp mot en skolemedisinsk tilnærming. Dette vil kunne være aktuelt i flere situasjoner hvor det ikke er ønskelig eller mulig å vurdere et eller flere delelementer av en behandlingstilnærming. Slik vurdering av en behandlingstilnærming er vel kjent innen skolemedisinen. Kirurgisk behandling av angina pectoris (hjertekrampe) har vært sammenlignet med medisinsk behandling.
3. Virker behandlingsmetoden bedre enn placebo?
 - Her vil man prøve å teste isolert et delaspekt av behandlingstilnærmingen. Delaspektet man ønsker å vurdere gis til noen pasienter mens andre får en ikke-aktiv behandling som til forveksling ligner på den ekte. Alle pasientene er ukjent med hva den enkelte har fått. I denne vurderingen foregår behandlingen for alle pasienter innenfor den samme totale behandlingstilnærmingen. I vurdering av alternativ medisin er dette brukt i homøopatiforskning, men er også forsøkt på andre områder som osteopati, fotsoneterapi og akupunktur.

13.2.4 Nivåer av dokumentasjon

Det er viktig å være klar over at effektdokumentasjon kan vurderes på minst fem ulike nivå:

1. In vitro nivå, det vil si effekt på isolerte cellekulturer, bakterier osv. i laboratoriet. (Har for eksempel et homøopatisk preparat effekt på kreftceller i en cellekultur?)
2. Dyrenivå, det vil si effekt på levende biologiske organismer andre enn mennesker. (Kan for eksempel elektromagnetisk behandling av brudd føre til raskere oppnåelse av normal knokkelstyrke?)
3. Helsevesennivå, det vil si studere sykdomsbehandling i systemer hvor helsevesenet er basert på hva vi vil kalle en alternativmedisinsk metode. (For eksempel: Oppstår det færre bivirkninger, eller er det færre tilbakefall/senfølger i et helsevesen med homøopati som primærmedisin?)
4. «Setting»-nivå, det vil si studere effekt av den totale behandlingssituasjonen pasienten er utsatt for. Kan sammenlignes med tradisjonell «outcomes»-forskning. (For eksempel: Har behandling hos akupunktør en målbar virkning på migrenesymptomer?)
5. Spesifikknivå, det vil si effekten av et isolert alternativmedisinsk behandlingsspekt. (For eksempel: Har akupunkturmålen en målbar virkning på migrenesymptomene?)

Hvilket nivå dokumentasjon kan studeres på er avhengig av det spørsmålet som blir stilt av den som leter etter effektdokumentasjon.

Når man skal vurdere effektdokumentasjon i forhold til en behandlingsform, må man være klar over hvilket nivå man søker dokumentasjon på og på hvilken måte man vurderer den foreliggende dokumentasjon. I vurderingen av alternativmedisinske metoder vil alle nivåene være av interesse, men manglende dokumentasjon på et nivå, vil ikke dermed utelukke at det kan finnes dokumentasjon på et annet nivå. Den innsendte litteratur inneholdt ingen studier som beskrev effektvurdering på helsevesennivå.

13.2.5 Praktiske kriterier ved vurdering av dokumentasjon

Når utvalget har vurdert den foreliggende effektdokumentasjon har følgende fremgangsmåte vært brukt:

1. Foreninger og organisasjoner har blitt bedt om å sende inn dokumentasjon på at behandlingsformen er virksom.
2. Dette materialet har vært formidlet videre til gruppen som har vurdert dokumentasjonen (jf. punkt 1.5). Denne gruppen har gjort den første vurdering av det innsendte materialet.
3. Behandlingsområder som ikke har sendt inn dokumentasjon har heller ikke vært vurdert med hensyn til effekt.
4. Den innsendte dokumentasjon har vært gjennomgått og klassifisert i henhold til ovenstående nivåer.
5. Kun forskning som er offentlig tilgjengelig i fulltekst versjon i bok/tidsskrift er vurdert. Sentrale norskspråklige artikler som er trykket etter innsendingsfristen er inkludert.
6. Det er undersøkt om den innsendte dokumentasjon er representativ for den foreliggende allment tilgjengelige dokumentasjon ved å søke på Medline-databasen (Medline-databasen er en oversikt over publiserte arbeider innen helse relaterte tema. Den inneholder et resymé av arbeidene. Det kan søkes på ulike søkeord). Hensikten med et slikt søk var ikke å finne ny litteratur som skulle vurderes.
7. Når det gjelder akupunktur har man gått aktivt ut for å finne mer stoff enn det som var innsendt av foreninger og organisasjoner.
8. Man har satt spesifikke kvalitetskrav til metodologi på de ulike nivåer.

Det må klart understrekes at utvalget ikke har gjort en uttømmende litteraturgjennomgang på den enkelte alternativmedisinske metode. Likevel anser utvalget at de har en rimelig god oversikt over den dokumentasjonen som har vært tilgjengelig. Utvalget er vel kjent med at det finnes mer materiale, men har kun vurdert det materialet den enkelte forening, utdanningsorganisasjon eller eventuelt enkeltutøver har sendt inn.

To utvalgsmedlemmer (Bjørnan og Pedersen) mener at utvalget, i tillegg til det materialet som er tilsendt, skulle ha innhentet litteratur også fra andre kilder, slik at litteraturgjennomgangen og vurderingen av dokumentasjonen kunne bli mer fullstendig.

De øvrige medlemmene i utvalget mener at det materialet man har fått tilsendt, må anses som det kunnskapsgrunnlag norske utøvere av metoden benytter seg av. Det er viktigst å se nærmere på dette kunnskapsgrunnlaget. En uttømmende litteraturgjennomgang av alle de alternativmedisinske metoder som er beskrevet i "[En del alternativmedisinske behandlingsformer](#)" i kapittel 6, ville ikke være mulig innenfor den tidsrammen utvalget hadde til rådighet.

13.2.6 Vitenskapelige kriterier ved vurdering av dokumentasjon

Utvalget er av den oppfatning at flere forskjellige vitenskapelige tilnærminger kan være aktuelle i vurdering av effekten av alternativmedisinske behandlingsformer.

Gjennomgang av innsendt materiale, viser imidlertid at det i all hovedsak er brukt kvantitative forskningsmetoder. De generelle kvalitetskrav til kvantitativ forskning har derfor vært benyttet i vurderingen av materialet:

1. Det skal på forhånd være satt opp en klar vitenskapelig hypotese som skal testes.
2. Utvalget som er brukt i forskningsprosjektet skal ikke være forventningsskjev (biased).

3. Det skal være mulig å identifisere på hvilket nivå (jf. punkt. 13.2.4) forskningen er gjort.
4. Det skal være klart angitt hva som er den alternative behandlingen, og hva den skal sammenlignes med.
5. Det skal være klart angitt hva som er effektmålet.
6. Det skal være klart angitt om det er en observasjonsstudie eller en intervensjon (innføring).
7. Analysemetodene skal være tilpasset forskningsspørsmålet.
8. Resultatene skal være presentert klart og etterprøvbart.
9. Man skal ha diskutert mulige feilkilder, og hvilken innflytelse de kan ha hatt på resultatet
10. Det skal være angitt hva funnet kan være forenlig med i en befolkningssammenheng.

13.2.7 Sikkerhet i effektdokumentasjon

I en vurdering av dokumentasjonen som er innsendt har det vært nødvendig å kategorisere sikkerheten i effektdokumentasjonen på en skala som har flere enn to kategorier. Bakgrunnen for skalaen er to dimensjoner av effektdokumentasjon:

1. kvalitet og omfang på den dokumentasjon som er innsendt
2. graden av «bevis» for metodens effekt.

Det er satt opp en skala med seks trinn som muliggjør klassifisering av de enkelte behandlingsmetoder. I likhet med metoder innenfor skolemedisin kan det på noen områder være mulig å klassifisere en metode som både farlig og mulig effektiv. Skalaen som har vært brukt har følgende trinn:

1. *Dokumentert effektiv*: Omfattende positive forskningsresultater sammenholdt med god klinisk erfaring gir grunnlag for å anse metoden dokumentert effektiv.
2. *Mulig effektiv*: En del positive vitenskapelig forskningsresultater og god klinisk erfaring foreligger. Metoden kan ikke anses dokumentert effektiv med mindre dette bekreftes gjennom flere kliniske studier.
3. *Kanskje effektiv*: Noen få positive vitenskapelige forskningsresultater og noe god klinisk erfaring gir grunnlag for å forske videre på metoden.
4. *Utilstrekkelig datagrunnlag*: Den sparsomme dokumentasjonen umuliggjør konklusjoner.
5. *Ikke effektiv*: Omfattende negative forskningsresultater sammenholdt med dårlig klinisk erfaring gir grunnlag for å anse metoden dokumentert ikke effektiv.
6. *Farlig*: Omfattende forskningsresultater gir grunnlag for å anse metoden som farlig.

I vurderingen av hver enkelt behandlingsmetode er de *kursiverte uttrykkene* brukt med den forståelse som er gjengitt ovenfor.

Et mindretall av utvalgets medlemmer (Bjørgan, Bjørndal, Bruset, Christie, Guttormsen, Ingstad og Pedersen) vil bemerke at ordet *trolig effektiv* i punkt nr. 2 er mere dekkende for vurderingen av dokumentasjonen av de enkelte terapier enn ordet *mulig effektiv*.

Utvalgets øvrige medlemmer (Befring, Braut, Fønnebø, Grini, Halvorsen, Messtad, Risberg, Rygh, Syse og Aarbakke) erkjenner at begrepene *mulig effektiv* og *kanskje effektiv* kan oppfattes som relativt like. Disse utvalgsmedlemmer mener likevel at når definisjonene i sekstrinnskalaen legges til grunn, angir denne skalaen en gradering som gjør det mulig å klassifisere dokumentasjonsgrunnlaget for de enkelte behandlingsmetoder på en nyansert måte. Disse utvalgsmedlemmer vil også

understreke at begrepene *dokumentert effektiv, mulig effektiv, kanskje effektiv* osv. er å anse som konklusjoner på hvorledes sikkerheten i dokumentasjonen vurderes. Dersom konklusjonen i punkt nr. 2 i sekstrinnskalen forandres til *trolig effektiv* (slik som et mindretall foreslår), innebærer dette etter disse medlemmers syn, en klar oppgradering av skalaens punkt nr. 2; det vil si at konklusjonen får en valør som angir at dokumentasjonsgrunnlaget sannsynliggjør at behandlingsmetoden er effektiv. Disse utvalgsmedlemmene mener at det ikke er grunnlag for en slik oppgradering, og vil understreke at en eventuell forandring av punkt nr. 2 vil nødvendiggjøre en fornyet vurdering av hele det materialet utvalget har fått til vurdering. Dette kan medføre en omklassifisering av flere av behandlingsformene.

13.3 UTVALGETS VURDERING AV BEHANDLINGSEFFEKT OG BIVIRKNINGER

13.3.1 Akupunktur

Materiale utvalget har fått til bedømmelse

Organisasjonene har sendt inn lister med til sammen 23 referanser, 1 eksemplar av et tidsskrift, 1 artikkel, 2 upubliserte rapporter og noen løsrevne fotokopierte sider. Det var ikke mulig for utvalget å foreta noen vurdering av akupunktur på denne bakgrunnen. Siden akupunktur er en av de mest utbredte metoder innen alternativ medisin i Norge (jf. punkt. 6.3.1) så utvalget seg nødt til å innhente materiale på annen måte for denne behandlingsmetoden.

Det foreligger et omfattende dokumentasjonsmateriale tilgjengelig på europeiske språk (Bibliografi fra National Library of Medicine, USA 1987 har 2310 referanser). Utvalget har lagt spesielt vekt på dokumentasjon presentert i forbindelse med National Institutes of Health (NIH) Consensus Development Conference on Acupuncture i Maryland, USA i november 1997. I tillegg har utvalget vurdert noen andre større rapporter. Utvalget har også gjennomgått oversiktsartikler, blant annet valgt fra Birch & Hammerschlags bibliografi 1996 og National Library of Medicine bibliografi over akupunktur 1997. Dessuten har utvalget innhentet noen artikler som anses å være grunnleggende originaldokumentasjon.

Publikasjonene på akupunkturuområdet er av meget varierende kvalitet. Dokumentasjon som tilfredsstillende vestlige vitenskapelige standarder er sparsom, men det finnes flere gode eksempler. Likevel savnes studier som kan betegnes som bekreftende: godt planlagt, gjennomført, analysert og rapportert, og der alle ledd i denne prosessen er kvalitetssikret. Hovedsakelig dreier dokumentasjonen seg om anekdotiske beskrivelser eller kasuistikker (beskrivelser av behandling av enkelt-pasienter) eller det er intervensjonsstudier med en design som umuliggjør konklusjoner vedrørende effekter eller kliniske gevinster. Langtidsstudier er nesten fraværende. Det samme gjelder studier på barn. Mange av oversiktsartiklene må også karakteriseres som mangelfulle, ved at det ikke angis kriterier for hvilken dokumentasjon som er tatt med i analysene og hvordan det er sikret at kvaliteten av enkeltstudiene er tilfredsstillende. Noen synes svært utvelgende og ukritiske i sin beskrivelse av resultater fra studiene. Oversiktene presentert på NIH-konferansen synes imidlertid gjennomgående å være av meget høy kvalitet.

I tillegg til strenge prospektive vitenskapelige studier, mener utvalget at det er riktig å ta med i effektivvurderingen også det kliniske erfaringsmateriale som foreligger i form av kasuistikker og observasjonelle studier. Særlig gjelder dette tilstander der dagens standardbehandling må sies å være mest erfaringsbasert, og der bivirkningene av denne kan være alvorlige.

Det innsendte materialet er ikke representativt for hva som finnes av dokumentasjon. Utvalget mener det materialet som er innhentet, er representativt for seriøs akupunkturforskning beskrevet på europeiske språk. Dokumentasjonen fremkommet i forbindelse med NIH-konferansen representerer antagelig det fremste på forskningsfronten.

Naturvitenskapelige «teorier» om virkningsmekanismer

De forandringer som igangsettes når akupunktur nålen settes i en muskel (eller akupunkturpunktene stimuleres på annen måte, for eksempel elektrisk, med laser, trykk eller lignende), ser ut til å ha sammenheng med blant annet opioide peptider, det vil si stoffer som blir utskilt fra forskjellige deler av nervesystemet og som påvirker mange, særlig de ubevisste, kroppsfunksjoner: smerteoppfatning, fordøyelse, pust, blodomløp, kroppsvarme osv.

Effekten av akupunktur kan til en viss grad forstås i forlengelse av det som skjer i kroppen når musklene arbeider. Det er påvist at akupunkturpunktene i stor grad sammenfaller med musklens motorpunkt. Akupunktur aktiverer nervefibre i musklene, slik at det gis impulser til sentralnervesystemet. En del av akupunkturens effekt kan således være gjennom påvirkning av det sentrale opioide system, som fører til utløsning av endorfiner. På den måten blir smerteterskelen høynet, eller det oppstår smertelindring. Stimulering av somatiske nervefibre gjennom akupunktur kan også ha andre effekter, og virke på hjerte-karsystemet, åndedrettssystemet, hormonomsætningen, immunsystemet og den psykisk tilstanden. Men det er nødvendig med ytterligere forskning på akupunkturens virkningsmekanismer før vi har forklaringsmodeller som fullt ut tilfredsstiller vestlige vitenskapelige krav.

Utvalgets effektivvurdering

Utvalget har ikke innhentet og vurdert dokumentasjon på in vitro effekt og effekt knyttet til akupunkturbehandling av dyr.

Det finnes en rekke studier som viser effekter ved akupunkturbehandling ved visse sykdomstilstander. Et interessant aspekt ved akupunkturbehandling, som ved andre typer av behandling, er hvor stor andel av pasientene som svarer på denne typen intervensjon. Fra laboratorieundersøkelser og andre eksperimentelle studier, er det holddepunkter for at majoriteten av de som får akupunktur responderer, mens et mindretall ikke gjør det. Erfaring fra klinisk praksis er imidlertid at en større andel av pasientene ikke responderer. Forklaringen på dette paradokset er ikke klarlagt, men kan skyldes dagens mangler når det gjelder god forskning.

Kvalme og oppkast

Det ser ut til å være stor grad av samstemmighet mellom vurderingene foretatt i de oversiktsartikler og rapporter utvalget har vurdert. Det foreligger en rekke studier av relativt høy vitenskapelig kvalitet. Flere av dem er placebokontrollerte eller det er benyttet stimulering av «sham» punkter eller sammenlignet mot standard behandling med kvalmestillende medikamenter. Det er ikke mulig ut fra den foreliggende dokumentasjon å fastslå entydig om de positive effektene av akupunktur skyldes spesifikke effekter eller om psykologiske og andre uspesifikke mekanismer er dominerende. Det må imidlertid konkluderes at akupunktur gitt som kvalmebehandling til voksne etter en operasjon og som tillegg til kvalmestillende medikamenter ved cellegiftbehandling er *dokumentert effektivt* i disse studiene. Tidspunkt for behandling i forhold til anestesi (bedøvelse) synes å være en viktig faktor for effekt.

Når det gjelder behandling ved svangerskapskvalme gjelder dokumentasjonen først og fremst akupressur og resultatene fra de studier som foreligger kan karakteriseres som *mulig effektiv*.

Postoperativ smerte - generell og dental kirurgi

Utvalget har ikke hatt tilgang på publiserte systematiske gjennomganger. Man har derfor i stor grad støttet seg på opplysningene fra NIH-konferansen og panelets konklusjoner. Det ble der fremholdt at det foreligger relativt få studier av høy vitenskapelig kvalitet. Ut fra en totalvurdering av dokumentasjonen, synes det likevel rimelig å konkludere at akupunktur er *mulig effektiv* ved postoperative smerter etter dental kirurgi. Studier ved generell kirurgi gir også holdepunkter for en effekt, og må anses som *kanskje effektiv*. Det foreligger også klinisk erfaringsmateriale som støtter disse konklusjoner. Det er trolig at akupunktur bør kunne gis som tillegg til tradisjonelle smertestillende medikamenter, dels for å redusere behovet for disse. Det er visse holdepunkter for at tidspunktet for behandlingen i forhold til inngrepet spiller en rolle for effekten.

Kroniske smertetilstander

Det foreligger et større antall studier av akupunktur ved ulike kroniske smertetilstander, men disse synes å være av varierende kvalitet. Resultatene indikerer at noen pasienter kan ha positive effekter av visse typer akupunktur. Bare et fåtall av disse studiene er randomiserte og kontrollerte, og dokumentasjonen er dessuten ikke alltid kvalitetsmessig tilfredsstillende. Metaanalyser (analyser av mange ulike analyser) av de kontrollerte studiene har vist motstridende resultater. For å kunne konkludere entydig, er det nødvendig med større og mer stringente studier enn de som foreligger i dag, gjerne sammenlignet med annen aktiv behandling. I mange tilfeller kan imidlertid valg av sammenlignende behandling være problematisk, siden det ikke finnes noe som entydig kan anses som «beste tilgjengelige alternativ». På basis av den samlede dokumentasjonen som foreligger anses akupunktur som *kanskje effektiv* ved kroniske smertetilstander

Astma

De strengeste analyser av tilgjengelige data antyder en usikker effekt av akupunktur ved astma. På bakgrunn av den samlede kliniske og vitenskapelige erfaring synes det likevel rimelig å konkludere at akupunktur er *kanskje effektiv* som supplement til standard behandling i vedlikeholdsbehandlingen av astma. De data som foreligger ved andre lungelidelser som kronisk obstruktiv lungesykdom og kronisk bronkitt, er svært sparsomme, og det må derfor konkluderes at det er *utilstrekkelig datagrunnlag* for disse indikasjonsområdene.

Misbruksproblematikk - narkotika, alkohol og tobakk

Det foreligger en rekke studier på akupunktur ved narkotika- og alkoholmisbruk. I tillegg finnes et større erfaringsgrunnlag fra klinikker som benytter metodene ved rusavvenning. Biologiske forklaringsmodeller er også angitt. Det må konkluderes at akupunktur innen disse indikasjonsområder er *mulig effektiv*. Når det gjelder akupunktur brukt ved røykeavvenning, er datagrunnlaget mer sprikende. Det foreligger en god norsk studie over korttidseffekter, men langtidserfaring mangler. Dokumentasjonen må anses som *kanskje effektiv*.

Slag

Det foreligger relativt få vitenskapelige studier av akupunktur ved hjerneslag. Studiene er små og må anses som utilstrekkelige til å trekke sikre konklusjoner. Mangel på blinding av studiene gjør det også umulig å fastslå om de positive resultater som er observert, skyldes akupunkturbehandlingen. Ut fra den kliniske erfaring og de kontrollerte studier som foreligger må imidlertid bruk av akupunktur som hjelpemiddel i rehabiliteringen av slagpasienter likevel anses som *mulig effektiv*.

Sammenfattende vurdering av dokumentasjonen

Utvalget har tatt utgangspunkt i tilgjengelig vitenskapelig dokumentasjon og klinisk erfaring frem til høsten 1997. I tillegg har visse artikler publisert i 1998 blitt vurdert. Hovedkonklusjonen er at det meste av den tilgjengelige dokumentasjonen dreier seg om behandling av visse smertetilstander og ved postoperativ og cellegift-

indusert kvalme. Utvalget mener akupunkturbehandling er *dokumentert effektiv* ved postoperativ og cellegiftindusert kvalme hos voksne. Metoden er *mulig effektiv* ved svangerskapskvalme, smertetilstander etter dental kirurgi, narkotika- og alkohol-avvenning og som hjelpemiddel i slagrehabilitering. Ved behandling av smerter etter generell kirurgi, kroniske smertetilstander, astma og ved røykeavvenning anser utvalget akupunktur som *kanskje effektiv*. Ved akupunkturbehandling av andre lungelidelser anser utvalget at det foreligger *utilstrekkelig datagrunnlag*.

Bivirkninger

Så langt utvalget kan se, forekommer uønskede virkninger ved akupunkturbehandling sjelden, og de er vanligvis ikke alvorlige. Det er opplagt en underrapportering av komplikasjoner. De langt fleste komplikasjoner skyldes dårlig hygiene, og dårlige akupunkturfaglige eller medisinske kunnskaper. Punktering av lungen (pneumothorax) er den hyppigst forekommende organskade, og leverbetennelse (hepatitt) den hyppigste infeksjon. Akupunktur kan derfor i gitte situasjoner være *farlig*, men skader opptre svært sjelden i lys av det store antall behandlinger som utføres. Norske forskere har derfor karakterisert akupunktur som «en relativt sikker terapeutisk metode».

Referanser

Andersson S. og Lundberg T.: *Acupuncture - from Empiricism to Science: Functional background to Acupuncture Effects in Pain and Disease*. Medical Hypotheses 1995 45:271-281.

Andersson S.: *Behandling med sensorisk stimulering (akupunktur) ved sjukdom*. Sosialstyrelsen Göteborg 1991.

Aulas J-J.: *Acupuncture: Tradition meets modern science*. Rev Prescr 1993 13:395-403.

Aune A., Alræk, Huo og Bærheim: *Kan akupunktur forebygge blærekatarr hos kvinner?* Tidsskrift for Den norske lægeforening 1998 118:1370-1372.

Berman B. M., Jonas, W. og Swyers, J. P.: *Issues in the use of complementary/alternative medical therapies for low back pain*. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America 1998 9:497-511.

Birch S. og R. Hammerschlag: *Acupuncture efficacy. A compendium of controlled clinical studies*. National Academy of Acupuncture and Oriental Medicine 1996.

Borchgrevink C.: *Forbruk og dokumentert effekt av enkelte alternativ medisinske behandlingsmetoder*. Statens institutt for folkehelse 1997.

Borchgrevink C.: *Forskning i alternativ medisin. Hva er dokumentert, og hva er dokumentasjon?* Tidsskrift for Den norske lægeforening 1997 117:2469-2473.

Brewington V., Smith og Lipton: *Acupuncture as a detoxification treatment.: an analysis of controlled research*. Journal Subst Abuse Treatment 1994 11:289-307.

Christensen B. V., Iuhl, Vilbek, Bülow, Dreijer og Rasmussen: *Acupuncture treatment of severe knee osteoarthritis. A long-term study*. Acta Anaesthesiol Scand 1992 36: 519-525.

Christensen P. A., Noreng, Andersen og Nielsen: *Electroacupuncture and post-operative pain*. Br J Anaesth. 1989 62(3): 256-262.

Den norske lægeforening Alternativ medisin utvalget: *Alternativ medisin*. Den norske lægeforening 1997.

Diehl D. L.: *Acupuncture's Transition to Credibility in the United States: The Latest Chapter*. J Alt Compl Med 1997 3:421-423.

Eklblom A. et al.: *Increased postoperative pain and consumption of analgesics following acupuncture*. Pain 1991 44:241-247.

Ernst E.: *The use, efficacy, safety and cost of complementary/alternative therapies for low back pain*. Eur J Phys Med Rehabil, 1998 N02:53-57.

Fields H. L.: *Pain II: New approaches to management*. Ann Neurol 1981 9:2:101-106.

Given S.: *Understanding addiction - the Chinese medicine Way*. J Alt Compl Med 1998:26-30.

Hammerschlag R. og Morris M. M.: *Clinical trials comparing acupuncture with biomedical standard care: a criteria-based evaluation of research design and reporting*. Complement Ther Med 1997 5:133-140.

He D., Berg og Høstmark: *Effects of acupuncture on smoking cessation or reduction for motivated smokers*. Prev Med 1997 26:208-214.

Heyerdahl O.: *Akupunktur - en orientering*. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1986 2:106:154-159

International Journal of Clinical Acupuncture. 1993 4:1.

Jobst K. A.: *A critical analysis of acupuncture in pulmonary disease: efficacy and safety of the acupuncture needle*. J Alt Compl Med 1995 1:57-85.

Kaptchuk T.: *The Web that has no weaver: Understanding Chinese medicine*. New York 1983

Kjendahl A., Sällström, Ø., Stanghelle og Borchgrevink: *A one Year follow-up study on the effects of acupuncture in the treatment of stroke patients in the subacute stage: a randomized, controlled study*. Clinical Rehabilitation, 1997 11:192-200.

Kaada B.: *Mekanismer for aukupunkturanalgesi*. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1982 6:102:349-355.

Lao L., Bergman, Langenberg, Wong og Berman: *Efficacy of chinese acupuncture on postoperative oral surgery pain*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995 79:4:423-28.

Lapeer G. L., Biedermann og Hernsted: *Acupuncture analgesia for postoperative dental pain*. J Can. Dent. Assoc. 1987 53:6: 479-80.

Lewith G. T. og D. Machin: *On the Evaluation of the Clinical Effects of Acupuncture*. Pain 1993 16:111-127.

Linde K., Jobst K. og J. Panton: *Acupuncture for the treatment of asthma bronchiale*. The Cochrane Library 1998 1:1-12.

Lynøe N. og Bygren L. O.: *Akupunktur vid sjukdomstillstånd bör prövas*. Läkartidningen 1983 86:3662-3670.

Naeser M. A.: *Neurological Rehabilitation: Acupuncture and laser Acupuncture to Treat Paralysis in Stroke, Other Paralytic Conditions, and Pain in Carpal Tunnel Syndrome*. J Alt Compl Med 1997 3:425-428.

National Institutets of Health - National Library of Medicine: *Acupuncture*. January 1970 through October 1997. Current bibliographies in medicine. Maryland 1997.

Norheim A. J., og Fønnebø V.: *Acupuncture adverse effects are more than occasional case reports: results from questionnaires among 1135 randomly selected doctors, and 197 acupuncturists*. Complement Ther Med 1996 4:8-13.

Norheim A. J.: *Komplikasjoner ved akupunkturbehandling*. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1994 114:1192-1194.

Oleson T. D. et al.: *An experimental evaluation of auricular diagnosis: The somatotopic mapping of musculoskeletal pain at ear acupuncture points*. Pain 1980 8:217-229.

Schjelderup V.: *Akupunktur og evnen til selvhelbredelse*. Livskraft og mennesker 1995

Sällström S., Kjendahl A., Østen, Stanghelle og Borchgrevink: *Akupunkturbehandling av hjerneslag i subakutt fase - En randomisert kontrollert studie*. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1995 23:115:2884-2887.

Taub H. A., Mitchell og Stuber: *Analgesia for operative dentistry: a comparison of acupuncture and placebo*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1979 48:3: 205-210.

Ter Riet G., Kleijnen J. og Knipschild P.: *Acupuncture in chronic pain: a criteria-based meta-analysis*. J Epidemiol, 1990 43: 1191.

Vickers A.: *Can acupuncture have specific effects on health? A systematic review of acupuncture antiemesis trials*. J Roy Soc Medc 1996 89:303-311.

Wootton Jackie: *From the Managing Editor: National Institutes of Health Consensus Development Statement on Acupuncture*. J Alt Compl Med 1997 3:419-420.

Øverbye B. J.: *Om akupunktur på vei mot det 21. århundre*. E.B.A.-rapporten del 1.

13.3.2 Aromaterapi

Materiale utvalget har fått til bedømmelse

Materialet er fire originalartikler i International Journal of Aromatherapy og en beskrivelse av en database med henvisninger til publiserte arbeider innen aromaterapi.

De originale studiene er metodisk meget varierende i kvalitet. En studie som omhandler essensielle oljers effekt på angstnivå er gjennomført på en vitenskapelig akseptabel måte, mens de andre studiene er metodisk mangelfulle.

Det er søkt på Medline med søkeordet aromatherapy fra 1985 og utover, 45 referanser ble funnet. Flere av disse finnes allerede i den databasen som er sendt inn. Bildet bekrefter det inntrykk man har fra det innsendte materialet.

Naturvitenskapelige «teorier» om virkningsmekanismer

Den tilsendte databasen inneholder flere henvisninger til artikler som beskriver essensielle oljers effekt på den menneskelige organisme. Essensielle oljer er rene planteekstrakter som utøver de farmakologiske effektene som hver plantebestanddel har. Administrasjonsmåten er enten via munn, nese eller hud. I likhet med andre flyktige væsker kan essensielle oljer ha en raskt innsettende virkning på sentralnervesystemet. Virkningsmekanismen er antatt identisk om de administreres av aromaterapeuter eller av andre.

Utvalgets effektvurdering

En studie antyder en antimikrobiell effekt mot candida albicans av tre essensielle oljer. En mye høyere konsentrasjon av oljen må brukes for å få tilsvarende effekt som lavkonsentrerte syntetiske stoffer. Det foreligger ikke dokumentasjon med dyreforsøk.

Dokumentasjon på spesifikknivå er representert med en innsendt studie som viser at inhalering av geraniumolje kan virke angstdempende. Studien er utført metodologisk adekvat, og støtter opp om annen litteratur som beskriver luktestimulis innflytelse på psykologiske faktorer. Både den innsendte database og søket på Medline beskriver artikler hvor kliniske effekter er beskrevet på lidelser så forskjellige som bronkitt, kviser, infeksjoner, colon irritabile, kolesterolnivå osv.

Sammenfattende vurdering av dokumentasjonen

Essensielle oljer har biologiske effekter. Den praktiske utøvelsen av aromaterapi i Norge er trolig i all hovedsak bruk av oljene på huden og gjennom nesen kombinert med massasje. Effekten som kan oppnås er trolig en kombinasjon av oljenes spesifikke virkning, massasjen og luktpåvirkningen. Det foreligger et *utilstrekkelig datagrunnlag* for en vurdering av hele denne behandlingspakken.

Bivirkninger

Det er dokumentert fare for opphopning i kroppen med risiko for forgiftning ved inntak gjennom munnen av essensielle oljer og fare for allergiutvikling ved bruk på huden. Det er også beskrevet krampetilstander hos barn etter innånding av peppermynteolje. Tilførsel gjennom munn av essensielle oljer kan være *farlig*, men siden inntak gjennom munnen av oljene er uvanlig i Norge vil bivirkningsfaren i all hovedsak begrense seg til hudallergier.

Referanser

Harris B.: *Aromatherapy database*. Editions Jakin 1996.

Hinks V.: *Perceived benefits of aromatherapy*. Int J Aromatherapy 1996 7:24-5.

Morris N., Birtwistle S. og Toms, M.: *Anxiety reduction. Anxiety reduction by aromatherapy. Anxiolytic effects of inhalation of geranium and rosemary*. Int J Aromatherapy 1995 7:33-9.

Tisserand R.: *Essential oil safety II. Metabolism, neurotoxicity, reproductive toxicity*. Int J Aromatherapy 1996 7:26-9.

Williams L.: *Ranking antimicrobial activity*. Int J Aromatherapy 1996 7:32-5.

13.3.3 Ayurvedisk medisin

Materiale utvalget har fått til bedømmelse

Innsendt materiale består av to lærebøker av samme forfatter (Hari Sharma), noen fullstendige originalartikler, en rekke førstesider fra originalartikler samt litteraturlister og oversiktsartikler. Studiene er konsentrert om å påvise effekter av ulike delelementer av ayurvedisk tradisjon. Den tilsendte litteraturen omhandler ayurvedisk medisin slik denne praktiseres i vestlig sammenheng. Utvalget har ikke vurdert ayurvedisk medisin slik denne praktiseres i sin opprinnelige (indiske) form.

Den mottatte dokumentasjonen omfatter ikke tilfeldige kliniske utprøvinger. Det foreligger derimot en rekke studier over effekter der man har fulgt personer med relativt omfattende kliniske vurderinger etter bruk av midler tilhørende ayurvedisk tradisjon.

Ved søk på Internett og medisinske litteraturdatabaser framkommer det ikke noe som prinsipielt sett avviker fra det mottatte materialet.

Naturvitenskapelige «teorier» om virkningsmekanismer

Det tilsendte materialet inneholder argumentasjon for at tradisjonell ayurvedisk behandling kan forklares ut fra nyere biomedisinsk og øvrig naturvitenskapelig forskning. Det blir lagt stor vekt på sammenhengen mellom psykologiske og fysiologiske mekanismer.

En oppfatning om at humane fysiologiske mekanismer er en avspeiling av kosmiske mekanismer, kosmos avspeiles på cellenivå, betraktes ikke av utvalget som naturvitenskapelige «teorier» om virkningsmekanismer.

Utvalgets effektvurdering

Dokumentasjonen kan tyde på at visse elementer (urtemedisin) i ayurvedisk tradisjon har effekter in vitro på immunologiske og cellebiologiske prosesser og effekter ved dyreforsøk. Det er *utilstrekkelig datagrunnlag* til å gi noen sikker konklusjon. For meditasjon henvises til eget kapittel om transcendent meditasjon.

Dokumentasjonen som foreligger gir grunnlag for å anse metoden *kanskje effektiv* på setting-nivå (jf. punkt 13.2.4). Effekter av denne art er likevel ikke studert omfattende og systematisk med kvalitative eller kvantitative metoder.

Utvalget anser de oppgitte spesifikke effekter mer som hypoteser enn som sikre funn som uten videre kan medføre terapeutiske konsekvenser.

Sammenfattende vurdering av dokumentasjonen

Ayurvedisk medisinsk tradisjon inneholder sannsynligvis elementer som kan antas å ha terapeutiske effekter, men innsikten i spesifikke virkningsmekanismer er mangelfull. Dokumentasjonen på dette området gir grunnlag for å anse metoden *kanskje effektiv*.

Bivirkninger

Det er *utilstrekkelig datagrunnlag* om spesielle bivirkninger ut over det som kan forventes når plantestoffer blir brukt til terapeutiske formål.

Referanser

Sharma H. og Clark C.: *Contemporary ayurveda. Medicine and research in Maharishi ayur-veda*. Churchill Livingstone 1998.

Sundaram V. et al.: *Inhibition of low-density lipoprotein oxidation by oral herbal mixtures Maharishi Amrit Kalash-4 and Maharishi Amrit Kalash-5 in hyperlipidemic patients*. Am J Med Sci 1997 314:303-310.

13.3.4 Healing

Materiale utvalget har fått til bedømmelse

Materialet utvalget har fått er i hovedsak av følgende art:

Individuelle historier om pasienter som er blitt helbredet eller om healere som er blitt klar over sine evner (ofte gjennom egen helbredelse).

Journalistiske fortellinger om hva healing er, samt om samarbeid mellom healere og skolemedisin (særlig i England).

Noen få artikler om effekt, basert på kvalitative metoder.

To oversiktsartikler over klinisk kontrollerte studier av healing.

En del artikler av varierende kvalitet med studier av effekt på ulike tilstander og basert på klinisk kontrollerte metoder.

De fleste artiklene er publisert i forskjellige sykepleietidsskrift, noen få i parapsykologiske tidsskrift og en i British Medical Journal.

Kvaliteten av materialet er vekslende, fra mer journalistisk preget stoff til artikler med utvilsomt vitenskapelige kvaliteter. Flere av de mest interessante studiene omtales imidlertid i sekundærkilder, og originalartiklene har av ulike grunner vært vanskelig eller umulig å oppspore. Dette kan tolkes som en svakhet ved materialet, men like gjerne som et tegn på at de såkalte «anerkjente medisinske tidsskrifter» sjelden prioriterer materiale om alternativ medisin, og i hvert fall ikke om healing.

Det er vanskelig å si noe om materialets representativitet. Medline-søk og oversiktsartikler indikerer at materialet er rimelig representativt for effektstudier på healing.

Naturvitenskapelige «teorier» om virkningsmekanismer

Et par av de tilsendte artiklene, publisert i parapsykologiske tidsskrifter, har forsøkt seg på kvantefysikk, som en mulig vei å gå mot en forklaring. Ellers finnes, så langt vi kjenner til, ingen naturvitenskapelig teori om virkningsmekanismene ved healing.

Utvalgets effektvurdering

Det refereres til studier med signifikant effekt av healing sammenliknet med kontrollgruppe når det gjelder enzymaktivitet, reduksjon i kreftcellers vekst og opptak av oksygen i gjærkulturer. Særlig interessante er studier av bønners vekst i

saltvann. Disse viser ved gjentatte studier signifikante forskjeller i vekst hos dem som har vært utsatt for healing sammenliknet med like kontrollskåler uten healer-påvirkning.

To studier viser signifikant effekt av healing på mus ved henholdsvis sårtilheling og oppvåkning etter narkose. Begge disse forsøkene er senere blitt gjentatt av andre forskere, fortsatt med klar effekt, om enn noe mindre statistisk signifikans enn i originalstudiene.

Det foreligger studier som viser signifikant effekt av healing hos mennesker på tilstander som sårtilheling, hodepine, stress og postoperativ engstelse. En godt gjennomført studie av smerter etter tannekstraksjon viser statistisk signifikant positiv effekt av healing. Det finnes også flere studier som ikke viser signifikant effekt av healing. Et slikt eksempel er en studie av blodtrykksreduksjon publisert i British Medical Journal.

Sammenfattende vurdering av dokumentasjonen

Det finnes flere studier som viser signifikant effekt av så vel fjernhealing som healing ved berøring ved ulike tilstander. En rekke forsøk viser effekter av healing på enzymer, planter, gjærsopp, kreftceller og mus. Enkelte av disse forsøkene er gjentatt flere ganger og synes å dokumentere en positiv effekt utover kontrollgruppene. Det er gjort mer enn 160 studier på mennesker og cirka to tredjedeler av disse viser positive effekter utover placebo. Noen studier er usikre i det designet er dårlig og/eller det ikke har vært mulige å komme frem til originalartiklene. Andre er godt gjennomført og publisert i anerkjente medisinske tidsskrifter. Utvalgets konklusjon er derfor at en effekt av healing ikke kan avvises. Metoden må anses som *kanskje effektiv*, men det er ikke mulig å si noe om effekten på enkelte sykdommer eller sykdomsgrupper.

Bivirkninger

Det er *utilstrekkelig datagrunnlag* om bivirkninger hos pasienter som har forsøkt healing.

Referanser

Adams J. S.: *Therapeutic touch: a nursing function*. Nursing standard 1994 8:17.

Barry J.: *General and comparative study of the psychokinetic effect on a fungus culture*. The Journal of parapsychology 1968 32:4.

Benor D. J.: *A psychiatrist examines fears of healing*. Journal of Society for Psychical Research.

Benor D.: *Healing Research*. Vol 1 og 2. Helix Verlag 1992.

Benor D.: *Lessons from spiritual healing research & practice*. Subtle energies 3:1: 73-88.

Beutker J. J., Attevelt, Schouten S. A., Faber J. A., Mees E. J. D. og Geijskes G. G.: *Paranormal healing and hypertension*. British Medical Journal 1988 296.

Braud W. og Schulitz M.: *Psychokinetic influence on electrodermal activity*. The Journal of Parapsychology 1983 47:2

Byrd R. C.: *Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary unit population*. Southern Medical Journal 1988 81:826-9.

Cahn H. og Muscle M.: *Toward standardization of «Laying on of hands» investigation*. Psychoenergetic Systems 1976 1:115-118.

Clark P. E. og Clark M. J.: *Therapeutic Touch: Is there a scientific basis?* Nursing Research. 1984 33:1.

Dixon M.: *A healer in GP practice*. The Doctor-Healer network newsletter Winter 1993-4.

Heidt P.: *Effect of Therapeutic Touch on Anxiety Level of Hospitalized patients*. Nursing research 1981 30:1.

Keller E. og Bzdek V. M.: *Effects of Therapeutic Touch on Tension Headache Pain*. Nursing Research 1986 35:2.

Krieger D.: *The therapeutic touch: The Imprimatur of Nursing*. American Journal of Nursing 1975 May.

Manning M.: *Healing in the laboratory. No faith required*. Eiksteins Publications 1995.

Meehan T. C.: *Therapeutic Touch and Postoperative Pain: A Rogerian Research Study*. Nursing Sciences Quarterly 6:2.

Quinn J.: *Therapeutic touch as an energy exchange.: testing the theory*. Advances in nursing science. 1984 January.

Quinn J. F.: *Therapeutic Touch as Energy Exchange. Replication and extension*. Nursing Science Quarterly 1988.

Quinn J. F. og Strelkauskas A. J.: *Psycoimmunologic Effects of Therapeutic Touch on practitioners and recently beraved recipients: A pilot study*. Adv. Nurs. Sci. 1993 15:4: 13-26.

Randolph G. L.: *Therapeutic and Physical Touch: Physiological response to stressful stimuli*. Nursing research. 1984 33:1.

Simmington J. og Laing G. P.: *Effects of Therapeutic touch on anxiety in the institutionalized elderly*. Clinical Nursing research. 1993 2:4.

Steen E., Braaten og Donaasen E.: *Symptomlindring ved hjelp av ikke-medikamentelle metoder*. Klinisk sykepleie 1991 3.

Tiller W A.: *Present scientific understanding of the Kirlian discharge process*. Psychoenergetic systems. 1979 3:21-31.

Watkins G. K., Watkins A.: *Possible influence on the resuscitation of anesthetized mice*. The Journal of Parapsychology 1971 35:4.

Wirth D. P., Richardson J. T., Eidelman W. S. og O'Malley A. C.: *Full thickness dermal wounds treated with non-contact Therapeutic Touch*. Complementary Therapies in medicine 1993 127-132.

Wirth D. P., Brenlan D. R., Levine R. J. og Rodriguez C. M.: *The effect of complementary helaing therapy on postoperative pain after surgical removal of impacted third molar teeth*. Complementary Therapies in Medicine 1993 133-8.

13.3.5 Homøopati

Materiale utvalget har fått til bedømmelse

Utvalget har fått over 1 000 vitenskapelige artikler og en rekke bøker og rapporter. Det er dessuten sendt inn et utvalg artikler fra de siste årenes publikasjoner i større medisinske tidsskrifter, to meta-analyser samt «Report from European Comision Homeopathic Research Group» fra 1997 som er en gjennomgang av 304 kontrollerte undersøkelser. En fjerdedel av publikasjonene anses å ha et akseptabelt nivå som muliggjør en vurdering av effekten av homøopatisk behandling. Materialet utvalget har vurdert synes å være representativt for homøopatisk forskning. Det er til dels vanskelig å få oversikt over hva som er publisert i litteraturen fordi man bruker flere begreper som «Dilutions», «Ultra high dilutions», «Potensized remedies», «Very low doses» «Serially agitated dilutions - SAD» og «Homeopathy». En oversikt fra Kleijnen og Knipschild fra 1992, viste at over halvparten av alle homøopatiske studier var publisert i litteratur utenfor de mest alminnelige medisinske databaser.

Naturvitenskapelige «teorier» om virkningsmekanismer

Det viktigste ankepunktet mot homøopatien er at virkning av stoffer i store fortynninger ikke kan forklares innen den etablerte medisinske fysiske verdensbilde. I fortynninger større enn Avogadros tall (6×10^{-24}) finnes det per definisjon ikke et molekyl tilbake av det opprinnelige stoff. Det er en allmen oppfatning at den materielle delen av det homøopatiske legemiddelet forsvinner med fortynning. Innen molekylærbiologien finnes derfor ingen forklaring på hvordan homøopatiske medikamenter kan virke. Imidlertid er kunnskapene innen moderne fysikk de siste tiår blitt utvidet innen områder som kvantefysikk, bølge- og feltteorier. De fleste forskere som arbeider med grunnforskning på store fortynninger, og homøopater mener disse delene av fysikken må anvendes for å forklare virkningen. Det finnes i dag ingen enkelt teoretisk forklaringsmodell som er allment akseptert.

Utvalgets effektivitet

Homøopatiske prøvinger på friske mennesker danner grunnlaget for beskrivelsen av de homøopatiske legemidlene i *Materia Medica*. Disse prøvingene gjøres systematisk, både dobbeltblinde og trippelblinde; det vil si verken forsøksledelsen eller forsøkspersonene vet hvilken gruppe som får aktiv behandling og ingen vet hvilket middel behandlingen består av. På den måten har homøopater gjennomført prøvinger av flere hundre ulike preparater helt siden Hahnemanns tid og opp til i dag (prøvinger er også beskrevet i kap 6.1.15). Prøvingene utføres som regel også med potenser høyere enn Avogadros tall og bidrar dermed til å styrke sannsynligheten for at disse fortynningene har biologiske effekter.

Davenas og medarbeidere viste i en serie av forsøk effekt av fortynninger fra 10^{-2} til 10^{-120} , og eksperimentene var bekreftet av undersøkelser i Canada, Italia og Israel. Løsningen var rystet mellom hver fortynningsrekke og således i praksis en homøopatisk fortynning. Etter dette har flere andre forskerteam forsøkt å kopiere resultatene uten overbevisende effekt. Fra Tierärztliche Hochschule i Hannover ble det i 1990 publisert en rekke kjemiske forsøk hvor det hevdes å vise effekt av homøopatiske fortynninger opptil 10^{-1000} . Forskerne ga ikke forklaring på sine funn og deres arbeider har så vidt vi vet ikke blitt imøtegått. Et viktig spørsmål er om det kan måles forskjellige effekter i sammenligning av alminnelige fortynninger og potenserte fortynninger (det vil si at løsningen rystes mellom hvert trinn i fortynningen). Det finnes ingen samlet oversikt over slike eksperimenter, men enkelte publikasjoner synes å vise en slik forskjell i både kjemiske forsøk og i forsøk med mennesker. Det er demonstrert i en serie forsøk at man kunne oppheve virkningen av homøopatiske fortynninger ved å utsette fortynningene for magnetfelt. Det er også publisert en rekke immunologiske modeller som synes å reagere på homøopatiske fortynninger.

Resultatene fra dyreforsøk er varierende, men en serie forsøk der man har sett på utviklingen av rumpetroll, synes å ha gitt positive resultater. Forsøkene har vært utført blindt og med uavhengig vurdering. Disse synes å vise at rumpetrollene som får homøopatisk behandling utvikler seg først noe langsommere og dernest hurtigere enn kontrollgruppen. Behandlingen bestod av homøopatisk behandlet og sterkt fortynnet thyroksin (D30). En oversiktsartikkel og meta-analyse fra 1994 gjennomgår 105 forsøk der man testet effektene av homøopatiske fortynninger i toksikologiske modeller. Et typisk forsøk er at man tester forsøksdyrenes evne til å tåle forgiftning med for eksempel arsenikk eller kvikksølv ved å gi dem det samme stoffet i homøopatisk fortynning. Levende dyremodeller var brukt i 70 prosent av forsøkene, i 22 prosent var det brukt planter mens isolerte organer og fostre ble brukt i 8%. Kvaliteten i forsøkene var gjennomgående lav og svært få studier var reproduisert av uavhengige forskere. Forfatterne vil derfor ikke trekke sikre slutninger utfra de foreliggende data, men såvidt mange positive resultater var påvist at dette rettfærdiggjør ytterligere forskning.

Utvalget har ikke hatt tilgang til undersøkelser av den homøopatiske konsultasjon alene. En undersøkelse sammenlignet behandling av mellomørebetennelse hos barn hos lege og homøopat. Barna som ble behandlet hos homøopat, ble raskere symptomfrie og hadde færre tilbakefall i løpet av et års observasjonstid. Litteraturen viser at placebogruppen i flere undersøkelser kan oppnå betydelige effekter. En mulig tolkning av dette er at det langvarige homøopatiske intervjuet og kontakten med homøopat i seg selv er positivt.

Det er gjort flere metaanalyser innen klinisk forskning på homøopati: En studie publisert i British Medical Journal gir en oversikt over 107 kontrollerte undersøkelser i 1991, herunder 25 studier av luftveislidelser, 21 studier av skader eller smertetilstander og 14 undersøkelser av lidelser i fordøyelsessystemet. Publikasjonene var av varierende kvalitet, og av maksimalt 100 poeng fikk bare 23 studier over 55 poeng. Likevel sier forfatterne at man kan forsvare bruk av homøopati på visse indikasjoner. Cirka to tredjedeler av undersøkelsene viste en positiv effekt av homøopati. Homoeopathic Medicine Research Group, nedsatt av EU kommisjonen, gjenga 304 homøopatiske forsøk i en rapport fra 1996. Blant disse var 184 kontrollerte kliniske forsøk, mens 115 var randomiserteforsøk. Ved analyse av de 17 studiene konkluderte forfatterne med en stor sannsynlighet for at homøopati var virksomt. Imidlertid var få av studiene etterprøvet, og det var vanskelig å gjennomføre en metaanalyse. Siden få studier var reproduisert, var det vanskelig å gjøre en klassisk meta-analyse. Forfatterne kunne derfor ikke uttale seg om nytten av homøopatisk behandling før man hadde flere og bedre undersøkelser. En meta-analyse vedrørende effekt av homøopatisk behandling ble publisert i Lancet 1997. Utgangspunktet var resultatet fra 186 kontrollerte undersøkelser, hvorav 119 ble inkludert og 89 var egnet for meta-analyse. Konklusjonen var: Så vidt mange data peker på en reell effekt av homøopati at metoden ikke kan avvises. På grunn av mangel på gjentatte undersøkelser kan ikke homøopatisk behandling anbefales ved bestemte lidelser. Forfatterne anbefaler videre forskning.

Sammenfattende vurdering av dokumentasjonen.

Det har i løpet av 1990-årene blitt publisert flere meta-analyser både innen grunnforskning og klinisk forskning, som konkluderer med at homøopati sannsynligvis har effekt. De fleste undersøkelser har forsøkt å svare på om homøopatisk medisin virker bedre enn placebo. Homøopatisk behandling inkluderer vanligvis et omfattende intervju og flere besøk hos behandler. Dette åpner for effekter hvis verdi foreløpig ikke er tilstrekkelig klarlagt. Brukerundersøkelser viser at pasienter er svært fornøyd med behandling hos homøopat. Utvalget anser homøopatisk behandling generelt som *mulig effektiv*, men kan vanskelig gi konkrete vurderinger ved spesifikke lidelser.

Bivirkninger

Bivirkninger av homøopatisk behandling kan være indirekte ved at pasientene slutter med sine ordinære medikamenter eller direkte ved at de får ubehag og symptomer. En viss forverring av symptomene i starten på behandlingen regnes av homøopater som en del av prosessen til å bli frisk og ikke en bivirkning i seg selv. I forbindelse med vitenskapelige forsøk med homøopatiske medikamenter og i medisinsk litteratur meldes sjelden om bivirkninger. Dette betyr at det finnes *utilstrekkelig datagrunnlag* for å konkludere sikkert om bivirkninger etter homøopatisk behandling. Likevel er det en allmen oppfatning at behandlingsformen er ufarlig, og Europarlamentet vedtok 13. Juni 1991 at homøopatiske legemidler skulle kunne selges fritt på grunn av deres mangel på giftighet.

Referanser

Benveniste J.: *Further Biological effects induced by ultra high dilutions. Inhibition by a magnetic field*. Endler & Schutte (red): *Ultra High Dilutions. Physiology and Physics*. Kluwer Academic Press 1994 35-8.

Brigo B. og Serpelloni G.: *Homoeopathic treatment of migraine: a randomised, double-blind controlled study of 60 cases (homoeopathy v placebo)*. *Berl J Res Hom* 1991 1 98-106.

Bruset S. og Tveiten D.: *Homøopati - fortid eller del av fremtidens medisin?* *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1991 111:3692-4.

Bruset S. et al.: *Prøving av Cyklosporinum*. *Dynamis* 1993 4:3-8. Også publisert i *Allgemeine Homöopathische Zeitung* 1995 1:3-10.

Christie V. M.: *Den andre medisinen*. Universitetsforlaget 1991.

COST B 4 Working Group: *Literature Review - Basic research*. 1995.

Davenas E. et al.: *Human basophil degranulation triggered by very dilute anti-serum against IgE*. *Nature* 1988 333:816-18.

de Lange de Klerk E. S. M., Blommers J., Kuik D. J., Bezemer P. D. og Feenstra L.: *Effect of homoeopathic medicines on daily burden of symptoms in children with recurrent upper respiratory tract infections*. *British Medical Journal* 1994 309:1329-1332.

Dittmann J., Selbach A.-C., Hentges A. og Harsich G.: *Use of urate oxidase as a test system to characterize the effect of homeopathic potencies and of equally concentrated conventional dilutions*. *Pharm Pharmacol Lett* 1994 4:19-22.

Ferley J.P., Zmirou D., D'Adhemar D. og Balducci F.: *A controlled evaluation of a homoeopathic preparation in influenza-like syndromes*. *Br J clin Pharmac* 1989 27:329-335.

Fisher P., Greenwood A., Huskisson E. C., Turner P. og Belon P.: *Effect of homoeopathic treatment on fibrositis (primary fibromyalgia)*. *British Medical Journal* 1989 299:365-366.

Haehl R.: *Samuel Hahnemann, His Life and Work*. Vol 1&2. B. Jain Publishers 1989.

Hahnemann C. F. S.: *Organon*. Karl F Haug Verlag 1974.

Harisch G. og Kretschmer M.: *Jenseits vom Milligram*. Springer Verlag 1990.

Homoeopathic Medicine Reserach Group: *Rapport desember 1996*. Commission of the European Communities.

Jacobs J., Jimenez M, Gloyd S., Gale J. og Crothers D.: *Treatment of acute childhood diarrhea with homeopathic medicine: a randomized clinical trial in Nicaragua*. *Pediatrics* 1994 93:719-25.

Linde K. et al.: *Critical Review and Meta-Analysis of Serial Agitated Dilutions in Experimental Toxicology*. *Human & Experimental Toxicology* 1994 13:481-92.

Wisenenauer M. og Gaus W.: *Double-blind Trial Comparing the Effectiveness of the Homeopathic Preparation Galphimia Potentisation D6, Galphimia Dilution 10-6 and Placebo on Pollinosis*. *Arzneim.-Forsch./Drug Res*. 1985 11:1745-7.

Lærum E., Borchgrevink C. F. og Wiens G.: *Hvem går til homøopat?* *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1985 105:2478-82.

Kleijnen J., Knipschild P. og ter Riet G.: *Clinical trials of homeopathy*. *British Medical Journal* 1991 302:1439-42.

European Commision Homeopathic Research Group. *Report*. European Communities DG XII - Medical research 1997.

Linde K. et al.: *Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo controlled trials*. *Lancet* 1997 350:834-43.

Lynøe N. og Bygren L. O.: *Vetenskaplig revolution krävs om homeopaten skall kunna förklaras*. *Läkartidningen* 1989 86:3777-9.

Løkken P., Straumsheim P. A., Tveiten D., Skjelbred P. og Borchgrevink C. F.: *Effect of homoeopathy on pain and other events after acute trauma: placebo controlled trial with bilateral oral surgery*. British Medical Journal 1995 310:1439-42.

Mayaux M.J., Guihard-Moscato M.L. og Schwartz D. et al.: *Controlled trial of Homoeopathy in post-operative ileus*. (letter) Lancet 1988 1:528-529.

Reilly D., Taylor M., Beattie N., Campbell J., McSharry C., Aitchison T., Carter R. og Stevenson R.: *Is the evidence for homoeopathy reproducible?* Lancet 1994 343:1601-6.

Resch G. og Gutmann V.: *Scientific foundations of Homoeopathy*. Barthel & Barthel 1987.

Righetti M.: *Forschung in der homöopathie*. Burgdorf Verlag 1988.

Shipley M., Berry H., Broster G., Jenkins M., Clover A. og Williams I.: *Controlled trial of homoeopathic treatment of osteoarthritis*. Lancet 1983 1:97-98.

Taylor-Reilly D., Taylor M., McSharry C. og Aitchison T.: *Is homoeopathy a placebo response?* Lancet 1986 2:881-886.

Tveiten D., Brusset S., Borchgrevink C. F. og Løhne K.: *Effekt av Arnica D 30 ved hard fysisk anstrengelse*. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1991 111:3630-31.

13.3.6 Kinesiologi

Materiale utvalget har fått til bedømmelse

Utvalget har mottatt tre lærebøker, noen utgaver av bladet Balanseringsnytt samt noen artikler om forskning vedrørende muskeltestingsmetodikken innen kinesiologi.

Artiklene vedrørende muskeltestingsmetodikken er av rimelig kvalitet. Lærebøkene er beskrivende og gir lite grunnlag for analytisk vurdering.

Materialet er svært sparsomt, ikke minst i lys av den enorme mengde med nevrofysiologisk stoff som blir publisert.

Ut fra det materialet utvalget har mottatt fremstår kinesiologi som et diagnostisk system. Mange utøvere oppfatter at kinesiologi er et behandlingssystem og at de også anvender metoder som ellers er vurdert i dette kapittelet.

Naturvitenskapelige «teorier» om virkningsmekanismer

Muskeltestingsmetodikken blir delvis grunnlagt ut fra anerkjente nevrofysiologiske prinsipper.

Utvalgets effektvurdering

Det finnes ikke studier som viser in vitro effekt eller effekt ved dyreforsøk.

De vitenskapelige vurderingene er konsentrert om muskeltestingsmetodikken, ikke om egentlig kinesiologisk teori og praksis.

Sammenfattende vurdering av dokumentasjonen

Det er *utilstrekkelig datagrunnlag* for sikre konklusjoner om kinesiologi som terapeutisk system. Det er holdepunkter for at muskeltestingsmetodikken har et grunnlag som kan forklares ut fra nevromuskulære virkningsmekanismer. Muskeltestingsmetodikken anser utvalget dermed som *kanskje effektiv*.

Bivirkninger

Det er *utilstrekkelig datagrunnlag* til å anslå mulige bivirkninger knyttet til kinesiologi.

Referanser

Lesch M. og Förder G.: *Kinesiologi*. Hilt & Hansteen 1997.

Rolfes A. E.: *The phenomenon of indicator muscle change*. Anna E. Rolfes 1997.

Esposito V., Leisman G. og Frankenthal Y.: *Neuromuscular effects of temporomandibular joint dysfunction*. Intern J Neuroscience 1993 68:205-207.

Lawson A. og Calderon L.: *Interexaminer agreement for applied kinesiology manual muscle testing*. Perceptual and Motor Skills 1997 84:539-546.

Leisman G., Shambaugh P. og Ferentz A. H.: *Somatosensory evoked potential changes during muscle testing*. Intern J Neuroscience 1989 45:143-151.

Leisman G. et al.: *Electromyographic effects of fatigue and task repetition on the validity of estimates of strong and weak muscles in applied kinesiological muscle-testing procedures*. Perceptual and Motor Skills 1995 80:963-977.

Perot C., Meldener R. og Goubel F.: *Objective measurement of proprioceptive techniques consequences on muscular maximal voluntary contraction during manual muscle testing*. Aggressologie 1991 32:10: 471-474.

13.3.7 Massasje/Naprapati

Materiale utvalget har fått til bedømmelse

Det er innsendt en referanseliste over publisert forskning med hensyn til massasje. De innsendte sammendrag vedrørende naprapati omhandler generell manipulasjon av rygg. Det er derfor ikke mulig å vurdere kvaliteten på materialet.

Det er gjort et søk i Medline på begrepet naprapat fra 1985 og utover. Det ble funnet én referanse, som ikke omhandler dokumentasjon.

Naturvitenskapelige «teorier» om virkningsmekanismer

Det er ikke innsendt noe materiale som omhandler naturvitenskapelig syn på virkningsmekanisme.

Utvalgets effektvurdering

Den innsendte litteraturlisten og sammendraget omhandler massasje og generell manipulasjon av rygg. Begge behandlinger er anerkjente skolemedisinske behandlingsformer, og det er derfor ikke gjort noen ny effektvurdering.

Bivirkninger

Det er utilstrekkelig datagrunnlag til å vurdere eventuelle bivirkninger.

Referanser

Bigos S. J. og Davis G. E.: *Scientific application of sports medicine principles for acute low back problems*. The Agency for Health Care Policy and Research Low Back Guideline Panel. J Orthop Sports Phys Ther 1996 24:192-207.

Blomberg S., Hallin G., Grann K., Berg F. og Sennerby U.: *Manual therapy with steroid injections - a new approach to treatment of low back pain. A controlled multicenter trial with an evaluation by orthopedic surgeons*. Scand J Prim Health Care 1993 11:83-90.

Blomberg S., Svardsudd K. og Tibblin G.: *Manual therapy with steroid injections on low back pain. Improvement of quality of life in a controlled trial with four months follow-up*. Scand J Prim Health Care 1993 11:83-90.

Shekelle P. G., Adams A. H., Chassin M. R., Hurwitz E. L. og Brook R. H.: *Spinal manipulation for low-back pain*. Ann Intern Med 1992 117:590-8.

13.3.8 Osteopati

Materiale utvalget har fått til bedømmelse

Materialet består av en rekke lærebøker og publiserte vitenskapelige artikler innen emnene manuell terapi og osteopati. Utvalget har vurdert materiale som omhandler osteopatisk behandling av sykdommer utenom muskel-skjelettsystemet. Manipulasjonsbehandling av muskel-skjelettplager regnes ikke i Norge som del av den alternative medisin.

Lærebøkene er omfattende og utfyllende, og gir en god oversikt over fagområdet. De vitenskapelige artiklene holder med få unntak en akseptabel vitenskapelig kvalitet.

Det er søkt på Medline med søkeordet osteopath fra 1985 og utover, 3075 referanser ble funnet. Ved inklusjon av søkeordet «treatment» i tillegg ble det snevret ned til 40. Ingen av disse omhandlet dokumentasjon av effekten av osteopatisk behandling på sykdommer utenom muskel-skjelettsystemet.

Naturvitenskapelige «teorier» om virkningsmekanismer

En sykdomstilstand i indre organer vil forårsake et nervestimulus til ryggmargen. Via mellomforbindelser vil dette stimulus kunne gi seg utslag i både sanseforandringer og bevegelsesinnskrenkning i strukturer med nervepåvirkning fra samme nivå. Omvendt vil stimulering av hud, muskulatur og knokler kunne påvirke sykdomsprosesser i indre organer, særlig i tidlig fase.

Utvalgets effektvurdering

Det er ingen studier som dokumenterer in vitro effekt.

Forsøk på mus viser at hudstimuli kan både fremme og svekke magesekkens bevegelse avhengig av hvor stimuli legges. Kattestudier har vist at stimulering av indre organer kan gi økt aktivitet i nerver som styrer skjelettmuskulatur. Studier på kaniner viser til gjengjeld at manipulering av ryggen påvirker muskelaktivitet i mage-tarmsystemet. Det er også påvist sammenkobling i ryggmargen av stimuli fra autonome og vanlige sensoriske nerver.

To gamle ikke-randomiserte studier er beskrevet flere ganger i den tilsendte litteraturen, men de originale artikler ligger ikke ved. Den ene beskriver osteopatisk behandling av 50 hjerteinfarktpasienter. Det angis lavere forekomst av rytmeforstyrrelser, sjokk og død i gruppen som fikk osteopatisk behandling. En annen studie viser at 1 av 317 pasienter som undergikk et stort kirurgisk inngrep etterfulgt rutinemessig med osteopatisk behandling, fikk tarmslyng etter operasjonen, sammenlignet med syv av 92 i kontrollgruppen.

Det er funnet en randomisert, blindet studie på osteopatisk behandling av menstruasjonsplager. Studien har et stramt metodologisk oppsett. Pasientene var blindet for om de fikk aktiv eller placebobehandling. Resultatene viste en klar forskjell i selvrapportert magesmerte, ryggsmerte og andre menstruelle besvær. Man hadde brukt anerkjente skalaer for måling av de tre variable.

Sammenfattende vurdering av dokumentasjonen

Materialet som foreligger beskriver en rekke studier som støtter den grunnleggende forutsetning for osteopatisk behandling av sykdommer utenfor muskel-skjelettsystemet, nemlig at det er en sammenkobling i eller utenfor ryggmargen av nervefibre fra det autonome og somatiske nervesystemet. Dette aspektet av osteopaten anses dokumentert. Kliniske studier på mennesker er svært få, og en av nestorene i amerikansk osteopati sier at «controlled trials for manipulation in systemic problems are few and are usually the result of single center studies». Som klinisk behandlingsmetode av systemiske sykdommer anser utvalget at det er et *utilstrekkelig datagrunnlag*.

Bivirkninger

Flere rapporter om komplikasjoner ved manipulasjonsbehandling, særlig av ryggspylen, er publisert. Denne behandlingsformen er allerede en anerkjent skolemedisinsk behandlingsform og blir ikke evaluert igjen her. Det er *utilstrekkelig dat-*

agrunnlag til å si noe om bivirkninger ved osteopatisk behandling av systemisk sykdom.

Referanser

Aihara Y., Nakamura H., Sato A. og Simpson A.: *Neural control of gastric motility with special reference to cutaneo-gastric reflexes*. Brooks et al.(red): Integrative functions of the autonomic nervous system. Elsevier 1979.

DeBoer K. F., Schutz M. og McKnight M. E.: *Acute effects of spinal manipulation on gastrointestinal myoelectric activity in conscious rabbits*.

Garrison D.W., Chandler M. J. og Foreman R. D.: *Viscerosomatic convergence onto feline spinal neurons from oesophagus, heart and somatic fields: effects of inflammation*. Pain 1992 49:373-82.

Kokjohn K., Schmid D. M., Triano J. J. og Brennan P.C.: *The effect of spinal manipulation on pain and prostaglandin levels in women with primary dysmenorrhea*. J Manipulative Physiol Ther 1992 15.

Kuchera M. L. og Kuchera W.A.: *History, philosophy and somatic influences in health & disease volume 1*. Greyden Press Columbus 1997.

Kuchera M. L. og Kuchera W. A.: *Osteopathic considerations in systemic dysfunction*. Greyden Press, Columbus 1994.

Kuchera WA og Kuchera ML.: *Osteopathic principles in practice*. Greyden Press Columbus 1994.

Pierau F-K., Fellmer G. og Taylor D. C. M.: *Somato-visceral convergence in cat dorsal ganglion neurones demonstrated by double-labelling with fluorescent tracers*. Brain Research 1984 321:63-70.

Ward R. C. (red): *Foundations for osteopathic medicine*. Williams & Wilkins 1997.

13.3.9 Soneterapi

Materiale utvalget har fått til bedømmelse

Et hefte som inneholder referater fra en rekke danske vitenskapelige studier er innsendt.

Med ett unntak er ikke originalreferansene lagt ved. Det er i de fleste undersøkelser ikke benyttet kontrollgruppe. I den ene studien hvor originalreferansen er vedlagt er det nøye beskrevet hva som skjer når mennesker med hodepine blir behandlet med soneterapi. Det er imidlertid heller ikke her noen kontrollgruppe, noe som gjør det vanskelig å vurdere studien med hensyn til effekt. I studien hvor det er benyttet kontrollgruppe er metodikken så mangelfullt beskrevet at man ikke kan gå etter den i detalj.

Det er søkt på Medline med søkeordet zone therapy og reflexology fra 1985 og utover, 45 referanser ble funnet. Det ble funnet ytterligere tre studier som forsøker å vise spesifikke effekter av soneterapi. To av disse studiene viser ifølge sammenlaget en signifikant effekt, mens en annen ikke gjør det. Sykdommene er imidlertid forskjellige. I litteraturen refereres det til to andre spesifikke studier uten at disse lar seg finne igjen på Medline.

Naturvitenskapelige «teorier» om virkningsmekanismer

Det er ingen kjente naturvitenskapelige forklaringsmodeller for effekten av soneterapi.

Utvalgets effektvurdering

Det er ingen studier som dokumenterer in vitro effekt eller effekt ved dyreforsk.

En nylig publisert norsk studie finner at treffsikkerheten på soneterapidiagnose er større enn man ville forvente hvis bare tilfeldighet skulle forklare resultatene.

Det er en originalreferanse og flere referater av publiserte arbeider som angir stor effekt av soneterapi. Problemet med alle studiene er at de ikke har kontrollgrupper. Dette gjør det vanskelig å sette terapien opp mot både skolemedisin og andre alternative behandlingsformer.

Den ene studien som er gjort med adekvat kontrollgruppe har vist at det går an å studere spesifikke effekter av soneterapi. Andre aspekter ved denne studien gjør at den kun kan gi grunnlag for å oppmuntre til videre forskning av samme type.

Sammenfattende vurdering av dokumentasjonen

Materialet som foreligger beskriver en rekke studier utført i Danmark på effekten av soneterapi. Hovedvekten av studiene er beskrivende studier som ikke kan skjelne mellom trender, settingeffekter eller spesifikke effekter. Det er imidlertid tre studier som forsøker å vise spesifikke effekter av soneterapi. To av disse studier viser en signifikant effekt, mens en annen ikke gjør det. Sykdommene er imidlertid forskjellige. I litteraturen refereres det til to andre spesifikke studier uten at disse lar seg finne igjen på Medline. Det er fremdeles *utilstrekkelig datagrunnlag* til å vurdere metodens effektivitet.

Bivirkninger

Det er ikke publisert noen studier som beskriver bi- eller skadevirkninger av soneterapi. Det er imidlertid beskrevet at subjektive symptom som tretthet, utmatthet og lokale smerter i føttene oppstår etter behandlingen. Disse effektene anses imidlertid ikke som en bivirkning. Det er derfor *utilstrekkelig datagrunnlag* til å vurdere bivirkninger ved metoden.

Referanser

Brendstrup E, Launsø L i samarbejde med Eriksen L.: *Hovedpine og zoneterapeutisk behandling*. Sundhedsstyrelsens Råd vedrørende alternativ behandling. København 1995.

Bærheim A., Algrøy R., Skogedal K. R., Stephansen R. og Sandvik H.: *Føttene - et diagnostisk hjelpemiddel?* Tidsskrift for Den Norske Lægerforening 1998 118:753-5.

Danish Reflexologists Association: *A collection of all articles*. Forenede Danske Zoneterapeuter.

Eriksen L.: *3 large scale studies in Denmark*.

Eriksen L.: *A close-up view on company reflexology*.

Eriksen L.: *Has reflexology any effect on infertility?*

Eriksen L.: *Municipal reflexology*.

Eriksen L.: *Reflexology research into enuresis nocturnae/bed-wetting 1*.

Eriksen L.: *Reflexology research into enuresis nocturnae/bed-wetting 2*.

Eriksen L.: *Reflexology use in ureter and kidney stone attacks*.

Eriksen L.: *Using reflexology to relieve chronic constipation*.

Madsen S. og Andersen J.: *Postal reflexology*.

Nielsen J.: *Company reflexology*.

Terp H.: *Municipal reflexology in Svendborg*.

13.3.10 Transcendental meditasjon

Materiale utvalget har fått til bedømmelse

Det materialet utvalget har fått til vurdering, består av meta-analyser om hovedsakelig psykiske effekter av transcendental meditasjon, også sammenlignet med

andre avslapningsmetoder. Videre foreligger det et utvalg separate artikler om effekten av transcendental meditasjon på ulike former for sykdom, symptom og helserelaterte fenomener. I tillegg er det mottatt omfattende litteraturlister. Det foreligger også noen artikler om helseøkonomiske forhold knyttet til transcendental meditasjon. Et utvalg artikler om effekter av transcendental meditasjon på samfunnsmessige forhold er holdt utenfor vurderingen.

Studier og meta-analyser vedrørende transcendental meditasjons effekt på psykiske forhold, inklusive tilvenningsproblemer, vurderes å være av tilfredsstillende vitenskapelig kvalitet, noenlunde svarende til det som er skolemedisinsk vanlig på de aktuelle områder. De framlagte studier av helseøkonomisk art er ikke utført med tilfredsstillende metoder.

Det oversendte materialet synes å være representativt i forhold til det som finnes ved søk på Internett og i medisinske databaser.

Naturvitenskapelige «teorier» om virkningsmekanismer

Det er ikke oppstilt spesielle naturvitenskapelige teorier om årsaks-virkningsforholdene for transcendental meditasjon.

Utvalgets effektvurdering

Dokumentasjonen er for svak til å dra sikre konklusjoner om in vitro effekter av transcendental meditasjon eller effekter ved dyreforsøk.

Dokumentasjonen gir ikke holdepunkter for å anta at transcendental meditasjon har andre effekter på setting-nivå enn det som ellers er kjent fra psykologisk behandling.

Sammenfattende vurdering av dokumentasjonen

Transcendental meditasjon brukt som avslapningsteknikk karakteriseres som *mulig effektiv*. I forhold til tilvenningsproblemer må metoden anses som *mulig effektiv*. Ved andre tilstander, som for eksempel hjertekar sykdommer er det *utilstrekkelig datagrunnlag*.

Bivirkninger

Det er *utilstrekkelig datagrunnlag* for å vurdere bivirkninger av metoden, selv om det fra klinisk erfaring er rapportert om uheldige utviklingsforløp av psykiske problemer hos enkelte pasienter.

Referanser

Orme-Johnson D. W. og Farrow J. T. (red.): *Scientific research on the Transcendental Meditation Programme*. Collected papers vol 1 - 5.

Alexander C. N. et al.: *Transcendental Meditation, self-actualization, and psychological health. A conceptual overview and statistical meta-analysis*. J Soc Behaviour and Personality 1991 6:5:189-247.

Alexander C. N.: *The effects of Transcendental Meditation compared to other methods of relaxation and meditation in reducing risk factors, morbidity, and mortality*. Homeostasis 1994 35:4/5.

Alexander C. N. et al.: *Treating and preventing alcohol, nicotine and drug abuse through Transcendental Meditation: A review and statistical meta-analysis*. Alcohol Treatment Quarterly 1994 11:1/2:13-87.

Alexander C. N. et al.: *Trial of stress reduction for hypertension in older African americans. II. Sex and risk subgroup analysis*. Hypertension 1996 28:2:228-237.

Dillbeck M. C. og Orme-Johnson D. W.: *Psychological differences between Transcendental Meditation and rest*. Am Psychologist 1987 september:132-134.

Eppley K. R. og Abrams A. I.: *Differential effects of relaxation techniques on trait anxiety: A meta-analysis*. J Clin Psych 1989 46:6:957-974.

Herron R. E. et al.: *The impact of the Transcendental Meditation Programme on government payments to physicians in Quebec*. Am J Health Promot 1996 10:3:208-216.

Orme-Johnson D. W.: *Medical care utilization and the Transcendental Meditation Programme*. Psychosom Med 1987 49:493-507.

Orme-Johnson D. W. og Herron R. E.: *An innovative approach to reducing medical care utilization and expenditures*. Am J Man Care 1997 3:135-144.

Schneider R. H.: *Lower lipide peroxide levels in practitioners of the Transcendental Meditation programme*. Psychosom Med 1998 60:38-41.

Schneider R. H.: *A randomized controlled trial of stress reduction for hypertension in older African americans*. Hypertension 1995 26:5:820-827.

Smith J. C.: *Psychoterapeutic effects of Trancendental Meditation with controls for expectation of relief and daily sitting*. J of Consulting and Clinical Psychology 1976 44:4: 630-637.

13.4 SAMMENDRAG

13.4.1 Skala

Utvalget har sett på en rekke alternative terapiformer som praktiseres i Norge. Det er satt opp en skala med seks trinn som muliggjør klassifisering av de enkelte behandlingsmetoder:

1. *Dokumentert effektiv*: Omfattende positive forskningsresultater sammenholdt med god klinisk erfaring gir grunnlag for å anse metoden dokumentert effektiv.
2. *Mulig effektiv*: En del positive vitenskapelig forskningsresultater og god klinisk erfaring foreligger. Metoden kan ikke anses dokumentert effektiv med mindre dette bekreftes gjennom flere kliniske studier.
3. *Kanskje effektiv*: Noen få positive vitenskapelige forskningsresultater og noe god klinisk erfaring gir grunnlag for å forske videre på metoden.
4. *Utilstrekkelig datagrunnlag*: Den sparsomme dokumentasjon umuliggjør konklusjoner.
5. *Ikke effektiv*: Omfattende negative forskningsresultater sammenholdt med dårlig klinisk erfaring gir grunnlag for å anse metoden dokumentert ikke effektiv.
6. *Farlig*: Omfattende forskningsresultater gir grunnlag for å anse metoden som farlig.

I vurderingen av hver enkelt behandlingsmetode er de utheverte uttrykkene brukt med den forståelsen som er gjengitt ovenfor.

13.4.2 Dokumentasjon av effekt

Utvalget har kommet til følgende konklusjoner når det gjelder dokumentasjon av effekt:

Akupunktur

Utvalget mener akupunkturbehandling er *dokumentert effektiv* ved postoperativ og cellegiftindusert kvalme hos voksne. Metoden er *mulig effektiv* ved svangerskapskvalme, smertetilstander etter dentalkirurgi, narkotika- og alkoholavvenning og som hjelpemiddel i slagrehabilitering. Ved behandling av smerter etter generell kirurgi, kroniske smertetilstander, astma og ved røykeavvenning anser utvalget akupunktur som *kanskje effektiv*. Ved akupunkturbehandling av andre lungelidelser anser utvalget at det foreligger *utilstrekkelig datagrunnlag*.

Aromaterapi

Essensielle oljer har biologiske effekter. Det foreligger *utilstrekkelig datagrunnlag* for en vurdering av kombinasjonsbehandling av oljenes spesifikke virkning, massasje og luktpåvirkningen.

Ayurvedisk medisin

Ayurvedisk medisinsk tradisjon inneholder sannsynligvis elementer som kan antas å ha terapeutiske effekter, men innsikten i spesifikke virkningsmekanismer er mangelfull. Utvalget anser dokumentasjonen på dette området gir grunnlag for å anse metoden *kanskje effektiv*.

Healing

Effekt av healing kan ikke avvises, men en eventuell virkningsmekanisme er ukjent. Metoden må anses som *kanskje effektiv*, men det er ikke mulig å si noe om effekten på enkelte sykdommer eller sykdomsgrupper.

Homøopati

Utvalget anser homøopatisk behandling generelt som *mulig effektiv*, men kan vanskelig gi konkrete vurderinger ved spesifikke lidelser.

Kinesiologi

Det er *utilstrekkelig datagrunnlag* for sikre konklusjoner om kinesiologi som terapeutisk system. Det er holdepunkter for at muskeltestingsmetodikken har et grunnlag som kan forklares ut fra nevromuskulære virkningsmekanismer. Muskeltestingsmetodikken anser utvalget dermed som *kanskje effektiv*.

Osteopati

At det er en sammenkobling i eller utenfor ryggmargen av nervefibre fra det autonome og somatiske nervesystemet anses dokumentert. Som klinisk behandlingsmetode av systemiske sykdommer anser utvalget at det er et *utilstrekkelig datagrunnlag*.

Soneterapi

Det er fremdeles *utilstrekkelig datagrunnlag* til å vurdere metodens kliniske effektivitet.

Trascendental meditasjon

Transcendental meditasjon brukt som avslapningsteknikk karakteriseres som *mulig effektiv*. I forhold til tilvenningsproblemer må metoden anses som *mulig effektiv*. Ved andre tilstander, som for eksempel hjerte-kar sykdommer er det *utilstrekkelig datagrunnlag*.

13.4.3 Konklusjon

Hovedinntrykket utvalget har fått etter gjennomgang av dokumentasjon og ved besøk på institusjoner og sentre som driver alternativ behandling, er at området ser ut til å ha et potensiale i behandlingen av en rekke sykdomstilstander utenom akuttmedisinen. Forskningen er kommet altfor kort eller har en retning som kanskje ikke er formålstjenlig.

Forskningen har i mange tilfelle vært bygget opp etter mønster av legemiddelforskning. Denne forskningen er karakterisert av behovet for å finne ut av om nye legemidler i det hele tatt har biologiske effekter, for deretter å utprøve om det er klinisk brukbart. Å følge denne veien i utforskningen av alternative behandlingsformer kan være en tilnærming som ikke passer med det terrenget alternativ medisin utøves innenfor.

De fleste personer som oppsøker alternativ medisin har tilstander hvor også skolemedisinen er klar over at det ikke finnes spesifikke legemidler eller behandlingstiltak som kan kurere vedkommende. Ved slike langvarige, men ikke livstruende sykdommer og plager, er det for tiden nødvendig med en helhetlig tilnærming bestående av flere komponenter. Det bør derfor igangsettes mer forskning

av hele behandlingspakker for å sammenligne den skolemedisinske omsorgen med den omsorg som gis innen alternativ medisin. Denne forskningen vil for eksempel kunne gi viktig kunnskap om hvilke komponenter i en terapeut-pasientrelasjon som er viktigst for at enten bedring eller aksept med sin sykdom kan finne sted.

13.5 ALTERNATIVMEDISINSK FORSKNING

Ved gjennomgang av den innsendte dokumentasjon har utvalget måttet erkjenne at, med unntak av akupunktur og homøopati og i en viss grad healing, har den kliniske forskningen omkring effekten av alternativmedisinske behandlingsformer vært begrenset både med hensyn til kvantitet og kvalitet. Dette kan skyldes mange forhold, ikke minst mangel på et trygt og bredt finansieringsgrunnlag. Hovedproblemene kan oppsummeres i følgende punkter:

1. *Dårlig kvalitet på den alternativmedisinske behandlingen.* Flere forsøk innen homøopati er for eksempel ikke gjort i henhold til homøopatiske grunnprinsipper om individuell behandling. Undersøkelser i Vesten omkring effekten av akupunktur er gjort med mindre erfarne klinikere enn i Kina.
2. *For små undersøkelser.*
3. *Få systematiske etterprøvinger av tidligere undersøkelser.* Sjelden blir undersøkelser reproduisert innen alternativ medisin.
4. *Urealistisk behandlingssituasjonen.* Det er en tendens innen blant annet akupunkturforskning at «streng» forskningsdesign forstyrrer forholdet mellom behandler og terapeut.
5. *Effekten av intervju og undersøkelse er ikke beregnet.* Det finnes få systematiske undersøkelser av selve intervjuet. Pasientene får ofte livsstilsråd og lærer å tolke sine symptom på en annen måte for eksempel: «plagene er uttrykk for kroppens motstandskraft og det at du bli verre betyr egentlig at du blir bedre».
6. *Placebokontroll er vanskelig.* Dette gjelder særlig innen metoder som soneterapi og akupunktur.
7. *Responderproblematikk.* Personer som responderer godt på for eksempel akupunkturbehandling vil sannsynligvis være hyppigere brukere av akupunktur, mens de som ikke opplever effekt vil ha mindre tendens til å prøve akupunktur igjen for en ny plage.

Alternativ medisin har trolig også vært offer for publiseringskjevhet. Erfaringer meddelt utvalgsmedlemmer tyder på at det er lettere å få antatt studier med negativt resultat i konservative medisinske tidsskrifter, mens det i for eksempel homøopatiske tidsskrifter er sjelden å lese om en undersøkelse med negativt resultat.

Det største framtidige behovet er forskning av høy metodisk kvalitet. Med høy kvalitet vil utvalget understreke at man ikke mener kun flere dobbel- eller trippelblinde placebo-kontrollerte kliniske studier, men et spekter av forskningstilnærminger nøye tilpasset det forskningsspørsmålet man søker svar på. Det vil være nødvendig med kvalitative studier i tillegg til flere tradisjonelle kvantitative studier.

Den publiserte forskningen på alternativmedisinske metoder har vist at klarer man å isolere utforskningen til et spesifikt middel eller til for eksempel akupunktur nålen, ved en blindet, placebo-kontrollert metode, så er den målbare effekten gjerne mye mindre enn den utøvere erfarer i klinisk praksis. Selv om denne forskningen er viktig i kartleggingen av om den spesifikke metoden i det hele tatt er klinisk brukbar (efficacy-studie) (punkt 12.1), «kontrollerer man bort» den resterende del av den alternativmedisinske virksomheten som både utøvere og pasienter karakteriserer som unik.

Utvalget vil derfor særlig anbefale framtidige forskere også å konsentrere seg om forskning hvor ikke bare hver enkelt komponent av behandlingen blir gjenstand for vurdering, men hele behandlingssituasjonen blir sammenlignet med en annen tilnærming til helseproblemet. Beskrivelsen i punkt 7.2.3 om hvilke medisinske tilstander pasienter gjerne har når de søker alternativ behandling, tilsier at slik forskning skulle være særlig velegnet, og resultatene vil kunne være potensielt relevante også for skolemedisinen.

KAPITTEL 14

**Hensyn, rettslig regulering og andre virkemidler
vedrørende alternativ medisin****14.1 HENSYN AV BETYDNING FOR UTVALGETS VURDERINGER****14.1.1 Innledning**

I dette kapitlet vil utvalget gjøre rede for de hensyn som gjør seg gjeldende ved vurderingen av om utøvelse av alternativ medisin bør underlegges særskilt regulering, eventuelt innlemmes i de regler som i dag gjelder helsepersonell, eller om reguleringen skal være begrenset til de generelle lovene om næringsvirksomhet og forbrukervern, samt straffelovgivningen. Disse hensynene vil samtidig ha betydning for vurderingen av eventuelle andre virkemidler for å styre bruken og utøvelsen av alternativ medisin.

Bortsett fra de begrensninger i retten til å ta syke i kur som følger av bestemmelsene i kvaksalverloven, er det i dag ingen særskilt regulering av alternativmedisinsk virksomhet, se nærmere punkt 10.4.

I dette kapitlet er formålet å beskrive de hensyn, det vil si de momenter og forhold, som har betydning for utvalgets vurderinger. De relevante hensynene vil i mange tilfeller stå i strid med hverandre i den forstand at de trekker i hver sin retning ved de konkrete vurderingene. Da vil utvalget måtte foreta en avveining eller prioritering basert på hvilken vekt som legges på de enkelte hensynene. Denne siste avveiningen er det ikke meningen å foreta her. Hvilke virkemidler som kan brukes for å ivareta de ulike hensynene, blir behandlet i punkt 14.2 og 14.3. Hvordan utvalget vektlegger de ulike hensynene, det vil si utvalgets prinsipielle vurderinger og hvilke løsninger utvalget går inn for, blir det redegjort for i kapittel 15.

De hensyn som har betydning for valg av offentlige styringsmiddel kan karakteriseres ved følgende stikkord: beskyttelse av pasientene og ivaretagelse av deres selvbestemmelsesrett, en effektiv og god helsetjeneste, herunder forutsigbarhet og sikkerhet ved bruk av behandlingstjenester, trygghet for at syke får nødvendig behandling, en god folkehelse, en rasjonell utnyttelse av samfunnets ressurser (god samfunnsøkonomi), samt behandlernes frie yrkesutøvelse. Utvalget vil i det følgende redegjøre noe nærmere for hva disse hensynene innebærer. Hensynene vil til en viss grad kunne overlappe hverandre.

14.1.2 Helsetjeneste, folkehelse og samfunnsøkonomi

God helse er ansett som svært viktig både for den enkelte og samfunnet som helhet. For å sikre befolkningen et godt helsetjenestetilbud, styrke folkehelsen, samt tilstrebe en hensiktsmessig og samfunnsøkonomisk utnyttelse av samfunnets ressurser, er det fire forutsetninger som må oppfylles.

For det første trenger helsemyndighetene pålitelig informasjon om helsetilstanden i befolkningen og bruken av helsetjenester. Dette er nødvendig for å kunne drive administrasjon og planlegging av helsetjenesten og forebyggende arbeid. I det etablerte helsevesenet er det opprettet ulike ordninger for å sikre nødvendig informasjonstilgang og sammenstilling av slike opplysninger, herunder smitteoversikter og statistikker over utviklingen av forekomsten av kreft og medfødte misdannelser. Videre får helsemyndighetene informasjon fra helsevesenet gjennom trygderefusjonsordninger og tilsynsvirksomheten. Tilsvarende informasjon om pasientbehan-

dlingen er ikke tilgjengelig for alternativmedisinsk virksomhet. Dette vil kunne medføre mangelfull informasjon om befolkningens helsetilstand dersom store pasientgrupper bare oppsøker slik behandling uten at det etableres en form for formidling av pasientinformasjon til helsemyndighetene.

For det andre trenger helsemyndighetene de nødvendige virkemidler for å kunne iverksette tiltak for å forebygge sykdom. Innen det etablerte helsevesen er det satt i verk en rekke slike tiltak, herunder vaksineprogram, regelmessige helsekontroller, informasjonsvirksomhet og helseberedskap i krisesituasjoner, for eksempel ved alvorlige epidemier. I den grad befolkningen ikke fanges opp av disse tiltakene ved at de ikke oppsøker eller nås av det etablerte helsevesen, vil tiltakene få redusert effekt.

For det tredje må de undersøkelses- og behandlingsmetoder som benyttes, være effektive i den forstand at de må være gode redskaper for å avdekke hva som feiler pasienten og for å vite hva som skal til for å gjøre ham eller henne frisk. Det må med andre ord være god kvalitet på helsetjenestene. Dette vil igjen kunne forebygge nye sykdomstilfeller og bidra til god samfunnsøkonomi ved kortere sykefravær for den yrkesaktive del av befolkningen. Det må antas som utvilsomt riktig at dersom ulike metoder gir likeverdige resultat, må de metoder velges som påfører enkeltmennesker og samfunnet minst belastning og kostnader. Kvaliteten i det etablerte helsevesenet søkes i dag sikret gjennom utdanningssystemet for helsepersonell, autorisasjonsordninger, Statens helsetilsyn og fylkeslegenes tilsynsvirksomhet, helsetjenestenes internkontrollsystem og medisinsk forskning. Helsemyndighetene har i dag ikke tilsvarende virkemidler for å fremme eller kontrollere kvaliteten på alternativmedisinsk behandlingsvirksomhet.

For det fjerde bør metodene for forebygging, undersøkelse og behandling så langt som mulig være slik utformet at de ikke uten nærmere begrunnelse utvider rammene for helsetjenestens virksomhetsområde. De bør altså ikke medføre økt medikalisering.

14.1.3 Beskyttelse av pasientene og deres integritet

Som syk kan et menneske være spesielt sårbart. Den syke trenger behandling og trygghet for at behandleren på best mulig måte tar vare på ham eller henne. Med beskyttelse av pasientene siktes det til beskyttelse både mot skadelig og uforsvarlig behandling, mot økonomisk utnyttelse, samt beskyttelse mot uforsvarlig behandling av pasientopplysninger. Flere av disse hensynene står sentralt i helselovgivningen generelt, derunder i de krav som stilles til helsepersonells yrkesutøvelse.

Ut fra ovennevnte hensyn er det innført en offentlig styring med helseutdanning og yrkesutøvere innenfor det etablerte helsevesenet. Krav til kvalitativt innhold i en utdanning som innebærer opplæring i dokumenterte eller i alle fall forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, har vært et sentralt argument for å regulere helsepersonellgrupper gjennom autorisasjon. Autorisasjonssystemet er nærmere beskrevet i punkt 10.3. Autorisasjonsordningene, herunder tittelbeskyttelsen, kan skape forutsigbarhet for pasienten og andre med hensyn til autorisert helsepersonells kompetanse og behandlingsmetoder. Tilsvarende system finnes ikke for alternativmedisinske behandlere. Dersom ikke autorisasjonsordningene utstrekkes til å omfatte også alternativmedisinske behandlere, kan pasienten derfor ha behov for på annen måte å bli gjort kjent med alternativmedisinske utøveres faglige kvalifikasjoner, herunder utdanning, etiske retningslinjer m.m.

Pasienter trenger også beskyttelse mot økonomisk utnyttelse. De former for økonomisk utnyttelse en pasient kan bli utsatt for, kan gjelde alt fra å bli forledet til å oppsøke behandlingstilbud som ikke virker, til utnyttelse som kan kategoriseres

som økonomisk kriminalitet, for eksempel bedrageri, se nærmere punkt 10.6.6. Hensynet til å beskytte pasienten som forbruker mot økonomisk utnyttelse er ivare tatt gjennom den alminnelige forbrukerlovgivningen. Videre ivaretar straffebestemmelser mot økonomisk kriminalitet hensynet til beskyttelse mot de groveste formene for utnyttelse av pasienter. Både straffebestemmelsene og forbrukerlovgivningen vil etter omstendighetene kunne beskytte pasienter som oppsøker såvel skolemedisin som alternativ medisin. Autorisasjonsordningene for helsepersonell vil kunne beskytte mot økonomisk utnyttelse av pasienter i det etablerte helsevesenet gjennom den opplæring som gis, og ved at autorisasjonen kan trekkes tilbake i slike tilfeller. Alternativmedisinske utøvere er ikke regulert gjennom autorisasjonsordningen. Mulighetene for økonomisk utnyttelse er dessuten større i et helt privat helsemarked, hvor alternativ medisin i hovedsak foreløpig tilbys, enn i det offentlige helsevesen. Derfor synes behovet for beskyttelse mot økonomisk utnyttelse størst innenfor alternativ medisin.

Av respekt for pasienten og av hensyn til vedkommendes integritet bør pasienten bli informert om sin egen helsetilstand ved sykdom, hvilke helbredelsesmuligheter som finnes både innen skolemedisin og alternativ medisin, og hvordan han eller hun bør forholde seg til sin egen sykdom. Slik informasjon vil også indirekte kunne beskytte pasienten mot skadelig og uforsvarlig behandling. At slik informasjon blir gitt er viktig for at pasienten skal kunne hevde sine interesser, se også punkt 14.1.4.

Også når slik informasjon blir gitt, vil pasientene i mange tilfeller ikke selv ha mulighet til å vurdere om et behandlingstilbud vil virke etter sin hensikt eller ikke, eller om en behandler er kvalifisert til å forestå den aktuelle behandlingen. I slike tilfeller bør pasientene beskyttes mot behandlingsmetoder og utøvere som ikke tilfredsstiller rimelige kvalitetskrav. Størst er beskyttelsesbehovet for pasienter med alvorlige sykdommer som ikke kommer til egnet/relevant behandling, eller som kommer for sent til slik behandling. Pasienter trenger videre beskyttelse mot behandling som innebærer en utnyttelse av deres tid, og mot de forventninger som er investert i en behandling som ikke helbreder eller bedrer pasientens situasjon.

Av hensyn til pasientens integritet er det også viktig at behandleren, enten vedkommende er skolemedisiner eller alternativ medisiner, ikke «trækker over pasientens terskel». Hvor terskelen går, vil variere fra pasient til pasient. Behandleren må altså utøve varsomhet når personlige forhold berøres. I den grad den anvendte behandlingsmetoden krever utstrakt kjennskap til hele pasienten og pasientens livsførsel, og ikke bare den syke kroppsdelen, desto viktigere er det å respektere pasientens integritet.

Beskyttelse mot uforsvarlig behandling av personopplysninger innebærer at informasjon som blir formidlet i en fortløpig behandlingssituasjon, ikke skal komme på avveie eller bli brukt i strid med forutsetningene ved innhenting. Opplysninger om helseforhold, livsstil og nære mellommenneskelige forhold, som gjerne blir formidlet i en behandlingssituasjon, er av de fleste oppfattet som følsomme, dels svært følsomme. Beskyttelsesbehovet vil variere avhengig av om informasjonen nedtegnes, enten manuelt eller elektronisk, eller ikke.

14.1.4 Pasientens selvbestemmelsesrett/valgfrihet

Selvbestemmelsesretten, herunder friheten til å treffe valg av betydning for eget liv og egen helse, er i vårt samfunn regnet som en verdi i seg selv. Denne retten til autonomi har i de senere årene blitt tillagt stadig sterkere vekt i forholdet mellom pasient og helsevesen. Selvbestemmelsesretten må imidlertid være begrenset i situasjoner der pasienten ikke kan oppfattes å være kompetent i forhold til å ta behan-

dlingsavgjørelser med alvorlige konsekvenser (barn, personer med alvorlige psykiske lidelser og alvorlig psykisk utviklingshemming, senil demente pasienter, bevisstløse eller sterkt svekkede pasienter m.v.).

Utviklingen med økt vektlegging på selvbestemmelsesretten er internasjonal, og det er en alminnelig oppslutning i biomedisinsk etikk om at en pasient i alle fall har «rett til å fravelge» en foreslått behandling, med mindre det foreligger hjemmel for tvangsbehandling, se punkt 10.5.2. Hvorvidt pasienten er gitt en «rett til å velge» behandling er mer uavklart fordi både helsevesenets ressurser og fagpersonenes autonomi vil måtte telle med i en avveining. Selvbestemmelsesretten, spesielt i behandlingssituasjonen, vil i mange tilfelle i realiteten være en medbestemmelsesrett sammen med behandleren, ettersom pasienten, naturlig nok, oftest vil være avhengig av sin beholders vurderinger og råd.

Retten til selvbestemmelse ved at behandling i utgangspunktet bare kan skje dersom pasienten samtykker, er sterkt understreket i forslag til ny pasientrettighetslov, der "*Alternativmedisinens røtter*" i kapittel 4 nettopp heter «Samtykke til helsehjelp». I § 4-1 første ledd i lovforslaget heter det:

«Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.»

Friheten til å velge alternativmedisinske behandlingsformer, sammen med eller i stedet for helsetjenestens behandlingstilbud, vil kunne fremme den enkeltes ansvarsfølelse og mulighet for å gjøre noe med egen sykdom eller helse.

Selvbestemmelsesretten kan utløse et engasjement som på sitt beste mobiliserer krefter hos pasienten, og som kan ha positiv innvirkning på helbredelsen eller sykdomsforebyggingen.

Pasienter benytter i økende grad sin valgfrihet til å oppsøke alternativmedisinske behandlingsformer. På denne måten gir pasienter et signal til det etablerte helsevesenet om at det er sider ved virksomheten som ikke møter deres behov. Dette vil kunne gi grunnlag for nyttige korrekativer av det etablerte helsevesenet.

Selvbestemmelsesretten har for den enkelte også en omkostningsside, som innebærer økt risiko for å ta valg som kan medføre forverret helsetilstand eller manglende forbedring, samt økonomisk utnyttelse, se punkt 14.1.3. Fordi en pasient er mer utsatt enn en frisk person, vil det, avhengig av omstendighetene, være vanskelig for mange å overskue konsekvensene av egne handlingsvalg. I denne situasjonen er det særlig viktig å beskytte de forannevnte pasientgrupper som ikke kan oppfattes å være kompetente til å ta behandlingsavgjørelser med alvorlige konsekvenser.

Selvbestemmelsesretten innebærer også en økonomisk oppofring i den grad den benyttes til å velge alternativmedisinsk behandling. Samtidig setter utgiftene til slik behandling grenser for selvbestemmelsesretten, noe som i særlig grad gjør seg gjeldende i forhold til pasienter med kroniske sykdommer.

Valg innebærer konsekvenser, både medisinske og økonomiske. Pasientene må sikres best mulig informasjon, slik at de settes i stand til å danne seg et reelt bilde av de tilbud som finnes, samt konsekvenser, risiko for skader og bivirkninger og sannsynlighet for helbredelse/bedring ved de ulike tilbud. Dette er forutsetning for at de kan foreta «riktige» valg. Dette gjelder også for pårørende til «ikke-beslutningsdyktige» pasienter. Forståelig formidling av relevant informasjon er derfor en forutsetning for at valgmulighetene og selvbestemmelsesretten skal være reell.

14.1.5 Etableringsfrihet for behandlere

Etableringsfrihet for behandlere innebærer frihet til å tilby sine tjenester, og er en form for selvbestemmelsesrett for utøverne.

Ved utøvelse av alternativmedisinske behandlingsformer kan etableringsfriheten, sammenholdt med pasientenes valgfrihet, bidra til en naturlig framvekst av alternativmedisinske behandlingsmetoder («la hundre blomster blomstre»). Slik vil pasientene kunne hjelpes på en måte som det etablerte helsevesen ikke kan. Utprøving av nye behandlings- og forebyggingsmetoder av et mangfold av alternativmedisinske utøvere, vil kunne føre til at det samlede kunnskapstilfanget og erfaringsgrunnlaget om folks helse vil øke. Dette vil i sin tur eventuelt være til nytte både for den enkelte og for samfunnet som helhet, og vil på sikt også kunne tilføre skolemedisinen ny innsikt.

Etableringsfrihet kan også medføre at en rekke utøvere som ikke tilbyr forsvarlig behandling, vil tilby sine tjenester, med de konsekvenser det kan få for pasientene, se punkt 14.1.3. Hvorvidt slik virksomhet vil kunne opprettholdes over tid er usikkert, og det vil blant annet bero på om pasienter fortsatt oppsøker slike utøvere for behandling.

14.2 OVERSIKT OVER MULIGE RETTSLIGE REGULERINGSFORMER

14.2.1 Innledning

I de to etterfølgende punkter skal det gis en oversikt over mulige rettslige reguleringsformer såfremt utøvelse av alternativ medisin skal reguleres på en annen måte enn i dag. Også i dag foreligger et mangeartet reguleringsystem, noe som er nærmere beskrevet i kapittel 10. Her skal kort nevnes at det blant annet foreligger en særlig straffelov på dette området (kvaksalverloven fra 1936), bestemte regler som trekker grenser for lovlig annonsering og omsetting av naturlegemidler m.v. Det er videre i store trekk det alminnelige forbrukervernet som trekker opp grenser for utøvernes virksomhet, gjennom krav til lovlig markedsføring, prisfastsetting m.v. Ved skader kan alminnelige erstatningsrettslige bestemmelser komme til anvendelse.

I punkt 14.2.2 beskrives det som kan kalles negative virkemidler, det vil si sanksjoner som sikter mot å avgrense hvilke former for virksomhet som er anerkjent av samfunnet. I punkt 14.2.3 beskrives positive virkemidler, det vil si incitamenter som tar sikte på å anerkjenne eller oppmuntre til at bestemte typer virksomheter blir utøvet. Avveining av de ulike hensynene som er behandlet i punkt 14.1, ligger til grunn for valget av reguleringsformer. En økt vektlegging av pasienters selvbestemmelsesrett fører til behov for å foreta nye avveininger.

Det er også viktig å påpeke at det bare er rettslige (juridiske) reguleringsformer som behandles i de etterfølgende punkter. I avsnitt 14.3 behandles andre former for virkemidler. Disse kan ofte være mer virksomme, og derved ha en sterkere styringsfunksjon, enn de rent rettslige virkemidlene.

14.2.2 Negative reguleringsformer

14.2.2.1 Strafferettslige bestemmelser

Det er i dag nedfelt viktige straffebestemmelser i kvaksalverloven som systematisk hører til den spesielle straffelovgivningen. Loven setter begrensninger med hensyn til hvem som kan ta syke i kur, og fastsetter hvilke behandlingsmetoder som er forbeholdt leger og tannleger. Videre er det i loven oppstilt et rettslig monopol for

behandling av nærmere bestemte sykdommer, se punkt 10.4.8. Disse bestemmelser er gitt ut fra hensynet til å beskytte pasientene, se punkt 14.1.3.

Utvalget slutter seg til departementets vurdering i høringsnotatet om ny helsepersonellov fra 1997 om at kvaksalverloven i dag er foreldet og derfor ble foreslått opphevet i samband med et eventuelt vedtak av ny lov om helsepersonell. Dette forslaget ble ikke fulgt opp av regjeringen i Ot.prp. nr. 13 (1998-99), og utvalget har derfor foretatt en ny vurdering av behovet for et strafferettslig vern av pasienters integritet, og viser til drøftingen av dette spørsmålet i punkt 15.2.

Brudd på medisinallovgivningen - herunder legemiddeloven - som regulerer omsetning m.v. av blant annet urter og naturlegemidler, er straffesanksjonert. Lovgivningen er nærmere beskrevet i punkt 10.7. Utvalget foreslår ikke endringer i denne lovgivningen.

Det er knyttet strafferegler også til flere andre lovbestemmelser som gir hjemmel for at tilsynsmyndigheter kan vedta forbud og gi pålegg, for eksempel i samband med markedsføring og prisfastsetting. Straff er stort sett bare aktuelt ved nektning av å etterkomme krav fra tilsynsmyndigheten. I denne lovgivningen fungerer derfor straffetrukslene mer som et «ris bak speilet» enn som selvstendige straffebestemmelser. Bare bevisst krenking av lovoppstilte forbud eller gitte påbud vil bli straffeforfulgt. Advarsler og påbud om å endre praksis er de viktigste virkemidlene som tilsynsmyndighetene har til rådighet. Viktige bestemmelser i det alminnelige forbrukervernet som har denne form for straffetruksler, er nærmere beskrevet i punkt 10.6.3. Utvalget har heller ikke funnet grunn til å foreslå endringer i denne lovgivningen.

14.2.2.2 Erstatningsrettslige bestemmelser

Mens straffebestemmelser sikrer rettsordenen ved - gjennom straffetrussel - å påvirke mennesker til å overholde lover og regler, tar erstatningsretten sikte på å kompensere for person- og tingskader. Ansvar for erstatningsoppgjøret pålegges en skadevolder som opptrer uaktsomt. Enkelte andre ansvarsgrunnlag kan også være aktuelle. Vilkårene for rett til erstatning er nærmere beskrevet i punkt 10.6.5. Erstatningsrettslige bestemmelser har, som strafferettslige bestemmelser, et allmenpreventivt formål - de skal hindre at uønskede eller skadelige handlinger begås - i tillegg til at bestemmelsene har en gjenopprettende funksjon i de konkrete skadetilfellene.

For at skadede pasienter alltid skal kunne oppnå den erstatning de eventuelt er berettiget til, er det viktig at yrkesutøvere har tegnet forsikring som dekker behandleransvaret. Dette er for eksempel utøvende leger og tannleger forpliktet til i medhold av de respektive profesjonslover. Utvalget har i tråd med dette, i samband med den foreslåtte registerordningen, foreslått at utøveren skal ha tegnet løpende ansvarsforsikring som vilkår for å kunne stå tilmeldt registeret, se punkt 15.3.

Pasienter som er til behandling hos alternativmedisinske utøvere, er ikke omfattet av bestemmelsene i Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). I det lovforberedende arbeidet med en lovfesting av NPE-ordningen er virkeområdet foreslått utvidet, men ikke til å omfatte behandling hos alternativmedisinske utøvere. Utvalget finner at finansieringsformen av NPE-ordningen, og vanskeligheter forbundet med adekvansvurderinger og det objektive ansvaret, gjør at en slik eventuell utvidelse må utredes særskilt.

14.2.2.3 Tilbakekall av godkjenning, registerrett m.v.

En tredje sanksjonsmulighet overfor enkeltutøvere som opptrer i strid med fagetsiske normer og opptrukne regelverk, er at vedkommende kan fratas goder som han allerede er tildelt og som gir visse rettigheter. For helsepersonell kan Statens helsetilsyn tildele advarsler og eventuelt tilbakekalle godkjenning eller autorisasjon.

Om enkelte alternativmedisinske utøvere blir godkjent som helsepersonell, vil også slik godkjenning kunne trekkes tilbake, se nærmere punkt 15.4. Også retten til å stå i det foreslåtte statlige registeret over alternativmedisinske utøvere, kan bli tilbakekalt. Etter utvalgets forslag vil dette skje dersom innsending av relevante papirer (forsikring m.v.) ikke skjer, eller ved at vedkommende utelukkes av sin faglige forening med rett til registrering. Dette skal skje ved grove brudd på det interne etiske regelverket.

Ettersom det ikke er så mange rettigheter som tildeles etter søknad, er det heller ikke så mange som kan tilbakekalles på denne måten. Her vil det være et skille i forhold til offentlig godkjent helsepersonell. Alternativmedisinske utøvere har en generell etableringsrett uavhengig av noen godkjenningsordning. Helsepersonell har også dette, men i den utstrekning godkjenningen er trukket tilbake, kan vedkommende ikke bruke beskyttet tittel eller utføre arbeid som er forbeholdt godkjent helsepersonell, uten å komme i strid med loven.

14.2.2.4 Tilsyn med faglig virksomhet

Både privat og offentlig virksomhet innenfor det etablerte helsevesen er undergitt offentlig tilsyn, slik det er beskrevet i punkt 10.6.2.1 og 10.6.2.2. Som en del av sin tilsynsvirksomhet, undersøker Statens helsetilsyn og fylkeslegene også saker som gjelder alternativmedisinsk virksomhet selv om det ikke er lovfestet at det skal føres slikt tilsyn, se punkt 10.6.2.3. En reguleringsform som kan benyttes for å oppnå mer styring med alternativmedisinske behandleres virksomhet, er å opprette en tilsynsordning som både veileder og fører kontroll, gir pålegg og behandler klager over virksomheten. En slik tilsynsfunksjon kunne legges til de eksisterende helsetilsynsmyndigheter eller til et særskilt organ.

Dersom grupper av alternativmedisinske behandlere undergis godkjenning som helsepersonell etter helsepersonelloven, se punkt 15.4.3, vil de automatisk undergis den etablerte tilsynsordning.

I og med at utvalget ikke foreslår noen særskilt godkjenningsordning for alternativmedisinske behandlere, finner det heller ikke grunnlag for å innføre en særskilt tilsynsordning. Utvalget finner heller ikke grunn til å utvide og formalisere det tilsyn Statens helsetilsyn og fylkeslegen fører med alternativmedisinske utøvers virksomhet. I tråd med det som følger av punkt 15.3 om en registerordning for utøvere av alternativmedisinsk behandling, finner utvalget at kontrollen med slik virksomhet bør ivaretas av yrkesorganisasjonenes selvjustis. De foreninger som godkjennes av departementet etter den foreslåtte registerordning, vil ha etiske regler og en ordning for behandling av disiplinærsaker. Se også punkt 10.6.4 om yrkesgruppens interne kontroll. Det generelle forbrukervern ivaretas av markedsføringsloven og pristiltaksloven og de organer som forvalter disse lovene, se punkt 10.6.3.

14.2.3 Positive reguleringsformer

14.2.3.1 Rett til registrering, mulighet for godkjenning m.v. av utøvere

Det kan i lov, eller med hjemmel i lov, vedtas å opprette offentlige registrerings- og godkjenningsordninger for å sikre pasientene og for gi bestemte utøvere en viss anerkjennelse. Utvalget har vurdert slike ordninger nærmere i punkt 15.3 og 15.4.

14.2.3.2 Rett til økonomisk tilskudd til pasient, utøver eller virksomhet

Det kan i lov, eller med hjemmel i lov, vedtas å gi rett til økonomisk tilskudd, enten til pasienter (for eksempel ved refusjon fra folketrygden), eller som støtte til utøver eller virksomhet over helsebudsjettet.

Utvalget har vurdert refusjonsordning nærmere i punkt 15.5. Utvalget drøfter ikke andre lovbestemte finansieringsordninger nærmere idet det samlede utvalg ikke finner det riktig å fremsette forslag om slike ordninger.

Utvalget foreslår derimot at det settes av midler for blant annet å stimulere til nye samarbeidsformer mellom helsepersonell og alternativmedisinske utøvere, se punkt 14.3 og 15.6. Videre bør forskningsvirksomheten på dette feltet utvikles, noe som også krever økte bevilgninger, se punkt 13.5, 14.3 og 15.6.

14.2.3.3 Rett til behandling

Utvalget finner ikke at det bør lovfestes noen egen bestemmelse om at pasienter skal ha rett til behandling hos alternativmedisinsk behandler. I situasjoner utenfor helseinstitusjonene vil pasientene ha frihet til å velge alternativmedisinsk behandling. Etter utvalgets forslag om å begrense virkeområdet for straffebestemmelser rettet mot behandlere som ikke er helsepersonell, vil pasientenes reelle valgfrihet av terapiformer øke, se nærmere punkt 15.2.

Etter kommunehelsetjenesteloven har enhver rett til «nødvendig helsehjelp». Uttrykket tolkes snevert, og det er i dag utvilsomt slik at det er hjelp fra den etablerte kommunehelsetjenesten som pasienten har krav på, eventuelt at kommunen sikrer annen kvalifisert hjelp for å dekke behovet for helsehjelp. Utvalget foreslår ingen endringer i denne avgrensningen.

Det foreligger ikke en uttrykkelig lovfestet rett til sykehusbehandling utover øyeblikkelig hjelp. For pasienter som er innlagt i helseinstitusjoner (sykehus og sykehjem), kan det ha vært vanskelig å fortsette med alternativmedisinsk behandling pasienten tidligere har mottatt, og eventuelt få tilgang på slik behandling når det er ønsket. Utvalget vil understreke at pasienter i utgangspunktet har frihet til å anvende alternativ medisin. Det finnes ikke mange eksempler på fungerende samarbeidsformer mellom det etablerte helsevesen og alternativmedisinske utøvere. Utvalget mener at mulige samarbeidsproblemer i dag mest hensiktsmessig kan løses ved lovbestemmelser, og viser til virkemidlene foreslått i punkt 15.6. En eventuell rettighetsfesting vil også komme i konflikt med de alminnelige ansvarsreglene i helselovgivningen.

14.3 ANDRE VIRKEMIDLER ENN RETTSLIG REGULERING

14.3.1 Innledning

I punkt 14.2 har utvalget gitt en oversikt over mulige former for rettslig regulering av alternativ medisin. Utvalget har i tråd med mandatet også vurdert andre virkemidler enn rettslige: pedagogiske, organisatoriske og økonomiske virkemidler. Formålet må i hovedsak være å styrke pasientenes og andres valgmuligheter med

hensyn til behandlingstilbud, og muligheten til å foreta overveide valg. Dette kan gjøres ved å øke og spre kunnskap om alternativ medisin.

Det kan være et spørsmål om alle tiltak som omtales her, strengt tatt kan kalles offentlige virkemidler. Den offentlige styringen vil være varierende og i noen henseende begrenset. Av hensyn til en samlet oversikt er imidlertid også disse tatt med under dette punktet. Ofte vil tiltak av pedagogisk eller organisatorisk art måtte kombineres med tilskudd av økonomiske midler eller rettslige virkemidler for å kunne gjennomføres.

De konkrete eksemplene på mulige virkemidler som skisseres, er i tillegg til forslag fra utvalgsmedlemmene basert på innspill fra alternativmedisinske fagmiljøer i forbindelse med en henvendelse fra utvalget i august 1998 der det ble bedt om konkrete innspill til andre former for virkemidler enn rettslig regulering. Noen ideer er også hentet fra besvarelser av spørreskjemaene som utvalget sendt ut sommeren 1997, se kapittel 11.

14.3.2 Pedagogiske virkemidler

Den økte bruken av alternativ medisin innebærer at såvel pasienter, helsepersonell, alternativmedisinske utøvere som politiske og administrative beslutningstakere har behov for økt kunnskap om alternativ medisin som grunnlag for sine handlinger og avgjørelser på dette området. Med pedagogiske virkemidler menes her konkrete tiltak for å gi befolkningen tilgang på informasjon om alternativ medisin, og tiltak i forbindelse med utdanning av utøvere som skal gi eller gir helsehjelp. Formidling av informasjon om alternativ medisin forutsetter at det foreligger - eller kan innhentes - kunnskap/viten om alternativ medisin. Dette henger derfor nært sammen med forskning og forskningsaktivitet innen alternativ medisin.

I det følgende omtales fire mulige tiltak for å øke kunnskap om alternativ medisin: 1) å opprette en «*informasjonsbank*» som inneholder den til enhver tid eksisterende informasjon om alternativ medisin, 2) å igangsette *forskningstiltak*: muligheter til å undersøke og etterprøve behandlingsmetoder/teorier, 3) å sørge for *aktiv informasjonsspredning*, undervisning og alminnelig opplysning og 4), å tilby alternativmedisinsk *utdanning*, innføre *spesialistgodkjenning* og tilrettelegge for *praksisbesøk*.

14.3.2.1 «Informasjonsbank»

Kunnskap og informasjon om de alternativmedisinske behandlingsformer som tilbys i Norge i dag, hvordan de virker, i hvilken grad behandlingsformen er dokumentert med hensyn til effekt og bivirkninger, og hvilke kvalifikasjoner utøverne av forskjellige behandlingsformer har, er i dag fragmentert og vanskelig tilgjengelig. Det finnes ingen samlet tilgjengelig bibliotekstjeneste for fag- og forskningslitteratur på dette området som man kan henvende seg til for å få informasjon. Informasjon om alternativ medisin i offentlige styringssystemer, i helsevesenet og blant befolkningen for øvrig må også sies å være tilfeldig og begrenset.

Det kan vurderes å opprette en «informasjonsbank» som har to hovedoppgaver: 1) å samle informasjon om alternativ medisin og 2) å gjøre den tilgjengelig for alle. En slik «bank» kan bidra til øket kunnskap om og innsikt i alternativ medisin. På den måten kan man styrke seriøsiteten i de vurderinger som gjøres med hensyn til bruk av alternativ medisin. Dette vil gjøre seg gjeldende på alle nivåer, fra politiske prioriteringer, samarbeidssituasjoner i helsevesenet m.v. til pasientens selvbestemmelse og samtykke.

Et spørsmål vil være hvem som skal ha ansvar for en slik «informasjonsbank». Dens formål tilsier at ansvaret bør tilligge det offentlige. Oppgaven kan ivaretas på flere måter. Det kan overlates til en privat organisasjon eller utdanningsinstitusjon å utøve denne funksjonen, oppgaven kan legges til et offentlig organ, eller det kan opprettes en selvstendig enhet.

Organisasjoner for alternativmedisinske utøvere er trolig de største bidragsytere i dag når det gjelder informasjon om alternativ medisin. Det er også først og fremst her kunnskapen finnes. Å legge en slik «informasjonsbank» til organisasjoner eller skoler knyttet til bestemte retninger av alternativ medisin, kan imidlertid svekke tilliten til at informasjonen vil være nøytral og objektiv. Dette, sammenholdt med at slik informasjon bør være en del av det offentliges innsikt i og oversikt over behandlingstilbud til pasienter, kan tale for at oppgaven utføres i offentlig regi. Det må vurderes nærmere hvor det vil være hensiktsmessig å legge en slik informasjonssoppgave. Institusjoner som kan vurderes, er for eksempel Universitetsbiblioteket, Statens helsetilsyn og Senter for medisinsk metodevurdering. Dersom det opprettes et eget institutt eller senter for alternativ medisin bør det vurderes om denne oppgave kan ivaretas der, se punkt 14.3.2.2.

14.3.2.2 Forskningstiltak

Alternativmedisinske metoder har i relativt liten grad vært gjenstand for forskning i Norge. For en rekke alternativmedisinske behandlingsformer synes det å foreligge lite materiale vedrørende dokumentasjonen av effekt og bivirkninger, se kapittel 13. Hovedmålene for forskning innen alternativ medisin bør være de samme som for skolemedisin. Disse er blant annet å fremskaffe ny viten, nye metoder og å skaffe kunnskap om effekt av behandling og eventuelt virkningsmekanismer. Det er av interesse, såvel for brukere og utøvere som for samfunnet ellers, å få større innsikt i effekt og mulige bivirkninger ved bruk av alternativmedisinske terapiformer. Dessuten kan det være av samfunnsmessig interesse å få vurdert kostnadseffektivitet av tiltak både sett i forhold til behandlingsformer som anvendes i skolemedisinen, og i forhold til lidelser hvor skolemedisin i dag ikke har effektiv behandling å tilby.

Sentralt i forslag som er kommet fra alternativmedisinske fagmiljøer, står forskjellige former for forskningssamarbeid, eksempelvis effektstudier av alternativmedisinsk behandling som gjennomføres innenfor sykehussystemet. Videre er det foreslått forskningssamarbeid som går ut på å sammenligne resultatene når pasientene mottar skolemedisinsk og alternativmedisinsk behandling for samme diagnose. Slike komparative studier må også kunne ta for seg forhold av betydning for allmenntilstanden og langsiktige virkninger av behandlingen.

På grunn av alternativmedisinens egenart kan det være aktuelt å utprøve andre forskningsstrategier enn de som tradisjonelt har vært benyttet i medisinsk forskning, og ta i bruk et bredt spekter av forskningsmetoder. En forutsetning for å benytte offentlige midler til forskning i alternativ medisin, må være at den holder et akseptabelt vitenskapelig nivå. Det innebærer at kvaliteten på forskningen må sikres.

De tradisjonelle vitenskapene som medisin, psykologi og samfunnsfag har egen forskerutdanning. I tillegg gis det relativt omfattende undervisning i forskningsmetode og gjennomføring av forskningsprosjekter i den ordinære utdanningen. I dag må det sies å være liten grad av forskningskompetanse blant de fleste utøvere av alternativ medisin. Det må derfor vurderes hvem som bør drive forskning innen alternativ medisin, om det skal gjøres i regi av etablerte forskningsmiljøer eller om det skal opparbeides egen forskningskompetanse blant alternativmedisinske utøvere. Eventuelt kan det bygges opp miljøer med egen og tilstrekkelig forskningskompetanse med forskere fra ulike fagområder. Det kan gjøres ved å opprette et eget

institutt eller senter for alternativ medisin. Forutsetningen må være at det er tilstrekkelig vitenskapelig kompetanse i Norge til å etablere et vitenskapelig miljø på feltet.

14.3.2.3 Aktiv informasjonsformidling

Som nevnt under punkt 14.3.2.1 kan det eventuelt etableres en offentlig «informasjonsbank» med informasjon om alternativ medisin, blant annet dokumentasjon vedrørende effekt og bivirkninger av alternativmedisinske behandlingsmetoder.

En annen side av informasjonsspørsmålet er hvordan denne kunnskap skal bringes ut til befolkningen og helsevesenet. Det gjelder både informasjonstjeneste ved leilighetsvis henvendelser og mer systematisk opplæring, samt spørsmålet om det offentlige skal ha ansvar for aktiv informasjonsspredning til befolkningen. Om opplæring, se punkt 14.3.2.4.

I tillegg til å ha en tilgjengelig «informasjonsbank», kunne det offentlige påta seg et ansvar for å utarbeide og formidle informasjonsmateriell om alternativ medisin for helsepersonell, brukere, offentlige institusjoner og andre.

For å ivareta et slikt informasjonsansvar, kan det opprettes et eget kontor eller enhet med hovedansvar for informasjon om alternativ medisin, eller oppgavene kan legges til en annen institusjon. Grunnlaget for å utføre disse oppgavene er så nært sammenvevd med den kunnskap som samles i en eventuell «informasjonsbank», og den kunnskap som genereres ved forskning, at det bør vurderes om informasjonsformidling bør legges til «informasjonsbanken» og/eller et institutt eller senter for alternativ medisin, se punkt 14.3.2.2.

En mulig løsning for å spre informasjon om alternativ medisin, kan være å opprette et informasjonsutvalg. Dette utvalget kan sammensettes av representanter fra forskjellige fagfelt og få et ansvar for å formidle kunnskap om alternativ medisin. Det bør også vurderes om informasjonsansvaret skal tillegges et sentralt forvaltningsorgan, mens «informasjonsbanken» legges til et selvstendig organ. På denne måten kan det etableres et hensiktsmessig skille mellom ansvaret for å bringe informasjonen aktivt ut til befolkningen og ansvaret for å samle informasjon om alternativ medisin og yte service ved henvendelser fra befolkningen.

14.3.2.4 Utdanning, praksisbesøk og spesialistgodkjenning

Alternativmedisinsk utdanning er i dag basert på private initiativ. Det gjelder også evaluering av utdanningen. Dette styres av de frie markedskrefter: tilbud og etterpørsel. Det blir derfor i hovedsak opp til den enkelte å vurdere om studietilbudene er seriøse. Noen foreninger og forbund tar en viss styring ved å stille krav til utdannelsen. Dette skjer både nasjonalt og internasjonalt. Det er et spørsmål om den offentlige innsats på dette området primært skal rettes mot å utvikle alternativmedisinske utøvere som egne profesjoner, eller om den offentlige innsats skal prioritere spesialisering i alternativ medisin for helsepersonell. Det første vil kunne bidra til oppbygning av sterke og særskilte fagkretser innen alternativ medisin, mens det i sistnevnte situasjon vil være et supplement til den skolemedisinske opplæring. En evaluering av alternativmedisinske utdanninger med sikte på offentlig innsats og styring, vil kreve en særskilt utredning.

Som nevnt i *"Helsevesenets holdninger til og bruk av alternativ medisin"* i kapittel 9, har noen offentlige helseutdanningsinstitusjoner tatt inn noe informasjon om alternativ medisin i sine fagplaner, men det finnes i dag ikke noe offentlig tilbud om opplæring i alternativmedisinske behandlingsmetoder.

Et spørsmål er om det er ønskelig at helseutdanninger skal lære opp studentene i alternativ medisin, og hvordan det i tilfelle skal tilrettelegges: ved generell informasjon om alternativ medisin, eller som inngående kunnskap om spesifikke virkningsmekanismer, metoder og behandlingsformer.

Dersom omfattende opplæring om alternativ medisin skal få plass i nåværende utdanninger, vil det gå på bekostning av andre fag. Et alternativ er å tilby slik undervisning som valgfag eller som etterutdanning for helsearbeidere.

Flere alternativmedisinske skoler baserer seg hovedsakelig på utdannet helsepersonell og krever en medisinsk grunnutdanning for opptak (se "[Utdanning og organisering av alternativmedisinske utøvere](#)" i kapittel 8). Det kan vurderes om alternativ medisin, eller spesielle alternativmedisinske behandlingsformer, kan gjøres til egen spesialitet for leger. Helsemyndighetene vil i såfall fastsette krav til utdanningen og andre vilkår for spesialistgodkjenning. Det kan også vurderes å godkjenne alternativ medisin som spesialutdanning for sykepleiere, fysioterapeuter og annet helsepersonell.

Praksisbesøk eller praksisperioder hos alternativmedisinske utøvere kan inngå som en del av grunnutdanning eller etterutdanning for helsepersonell. Det kan også tilrettelegges for praksisbesøk ved legekontor, helsestasjoner og andre deler av helsetjenesten i forbindelse med alternativmedisinsk utdanning.

Dette kan stimulere til økt forståelse og kunnskap. Imidlertid må slike ordninger alltid bero på en avveining av ulike hensyn. Her må hensynet til å benytte ressurser på å forsøke å oppnå gjensidig forståelse, blant annet avveies mot hensynet til å bruke disse ressurser til behandling av klienter.

14.3.3 Organisatoriske virkemidler

Alternativ medisin utøves i første rekke utenfor det tradisjonelle helsevesen, selv om enkelte metoder benyttes av helsepersonell, også på sykehus.

Spørsmålet er om det bør tas i bruk organisatoriske virkemidler for å gi alternativ medisin større plass i helsevesenet eller om en eventuell plass i helsevesenet skal skje ved en naturlig utvikling.

Med manglende oversikt og begrenset kunnskap kan det være betenkelig å pålegge helsevesenet bestemte organisatoriske tiltak for å gi alternativ medisin større betydning.

At mange pasienter i dag benytter skolemedisinsk og alternativmedisinsk behandling samtidig, og gir uttrykk for at de ønsker tiltak for å bedre kommunikasjon og samarbeid mellom de medisinske retningene (se kapittel 11), kan på den annen side være et argument for å påvirke organisatoriske forhold. Man kan tenke seg tiltak som først og fremst legger til rette for at pasienter kan benytte den med- og selvbestemmelsesrett de har i dag (jf. punkt 10.5 og 15.1.3).

I dag eksisterer til dels betydelig skepsis mellom utøvere av de forskjellige medisinske retninger, og det vil kunne være uheldig å tvinge disse til et samarbeid som ikke føles naturlig. Et argument mot å pålegge samarbeid, er at effekt av alternativmedisinsk behandling bare i begrenset grad er påvist. Dette kan tale for at samarbeidet bør baseres på frivillighet.

Konkrete forslag kan være samarbeidsprosjekter i form av tverrfaglige sentra i primærhelsetjenesten og «grønne paviljonger» på sykehus. Med «grønn paviljong» menes en enhet hvor pasientene kan tilbys alternativmedisinsk behandling. Resultatene kan evalueres, og det kan settes opp pilotforsøk for å måle effekter. Mer formaliserte samarbeidsformer mellom alternativ medisin og skolemedisin kan også vurderes.

Det kan igangsettes samarbeidsprosjekter på ulike nivåer: mellom enkeltaktører, i institusjonshelsetjenesten og på nasjonalt plan. Det kan være aktuelt å oppfordre til prøveprosjekter i regi av offentlige myndigheter (kommuner og fylkeskommuner), av helsevesenet og i regi av enkeltutøvere med enten skolemedisinsk eller alternativmedisinsk bakgrunn.

14.3.3.1 Samarbeid lokalt

Ved at utøvere av alternativ medisin og utøvere av skolemedisin «møtes», gis det mulighet til gjensidig kunnskapsutveksling. Dette kan anspore til samarbeid. Det kan organiseres fora for alternativmedisinske utøvere og personell i det offentlige helsevesenet for utveksling av erfaringer og kunnskap.

Kontorfellesskap mellom utøvere av skolemedisin og av alternativ medisin kan også bidra til å bedre kommunikasjon, gi økt kunnskap om andre behandlingsmetoder, stimulere til samarbeid og gi pasientene trygghet. Dette forutsetter vilje til å anerkjenne hverandres virksomhet. En fare med dette er at ikke-dokumenterte metoder kan gis større legitimitet utad enn det kan være grunnlag for.

14.3.3.2 Samarbeid i institusjon

Noen pasienter ønsker besøk av alternativmedisinsk behandler under sykehusopphold. Dette synes å ha forekommet i relativt liten grad, men enkelte sykehus har tillatt for eksempel akupunktør og healer å behandle inneliggende pasienter.

Besøk av alternativmedisinske behandlere kan også være aktuelt i andre institusjoner som sykehjem og rehabiliteringsinstitusjoner.

Pasientenes ønsker kan imøtekommes ved at det i større grad enn tidligere gis adgang til at alternativmedisinske utøvere som pasientene selv engasjerer, kan behandle pasientene under institusjonsoppholdet. Helsemyndighetene kan gi pålegg om eller oppfordre til slik praksis. En annen mulighet er at institusjonene knytter til seg rådgivere og samarbeidspartnere med kunnskaper for eksempel innen urtemedisin og akupunktur.

En videre utvikling av bruk av alternativ medisin i institusjon kan være å opprette en egen avdeling i sykehus hvor pasientene primært får alternativmedisinsk behandling. Dette vil lette tilgjengeligheten av slik behandling for innlagte pasienter, og det gir anledning til bedre kommunikasjon og kontakt mellom det skolemedisinske sykehuspersonalet og de alternativmedisinske utøverne. Dessuten kan resultatet fortløpende evalueres og danne grunnlag for et forskningssamarbeid. Eksempel på et slikt prosjekt kan være at man ved en kreftavdeling på et av sykehusene tilbyr pasientene alternativmedisinsk behandling.

Et tiltak som kan være aktuelt både i og utenfor institusjon, er å organisere hospiteringsordninger, ved at helsepersonell gis anledning til å hospitere hos alternativmedisinske utøvere, og alternativmedisinske utøvere gis anledning til å hospitere i helsevesenet.

14.3.3.3 Samarbeid om folkehelsen

Som en del av det forebyggende helsearbeid, gis det folkeopplysning om blant annet hygiene og kosthold. Som "[En del alternativmedisinske behandlingsformer](#)" i kapittel 6 viser, legger mange alternativmedisinske terapiformer avgjørende vekt på livsstil og kosthold som grunnlag for sunnhet og helse, og har på dette grunnlag opparbeidet kunnskaper som kan benyttes mer målrettet enn det gjøres i dag i offentlig helsearbeid. Det gjelder både generell kunnskap om forhold som har

innvirkning på helsen, men også mer spesifikk kunnskap og metodikk for planmessig og systematisk oppfølging i behandlingsøyemed. I tillegg til råd om kosthold benyttes tilskudd av vitaminer og urter, og råd om eliminering av skadelige elementer i omgivelsene. Den vekt mange alternativmedisinske terapiformer legger på kosthold, vitaminer og mineraler, kan være en årsak til en øket bevissthet blant skolemedisinere og i befolkningen for øvrig. Uansett er disse forhold blitt tillagt større betydning de senere år i skolemedisinen og offentlig helsearbeid. Det kan derfor være aktuelt å tilrettelegge for et mer systematisk samarbeid mellom skolemedisinen og alternativ medisin for at kunnskap om kosthold og livsstil skal komme befolkningen til gode.

14.3.4 Økonomiske virkemidler

En rekke av de tiltakene som er nevnt ovenfor, vil være ressurskrevende. Økonomisk støtte fra det offentlige vil kunne muliggjøre nye prioriteringer og realisering av ideer. Økonomisk støtte kan forplikte til mer formalisert utveksling og samarbeid.

Økonomisk støtte kan gis i mange former. Her omtales kun økonomiske støtteordninger som ikke innebærer en lovbestemt rettighet til tilskudd. Rett til økonomisk tilskudd til pasient, utøver eller virksomhet, som er rettslige reguleringsformer, er omtalt i punkt 14.2.3.2. Refusjon etter folketrygdloven i forbindelse med behandling hos alternativmedisinske utøvere er dessuten nærmere drøftet i punkt 15.5.

14.3.4.1 Tilskudd til kommuner og fylkeskommuner

Hovedprinsippene i den offentlige finansieringen av helsetjenester i Norge er rammetilskuddsordninger kombinert med øremerkede tilskudd og ulike former for stykkpris- eller innsatsrelaterte tilskudd. Øremerkede tilskudd benyttes av staten når man ønsker å oppnå spesiell innsats på et nærmere bestemt område.

Tilskuddene til kommuner og fylkeskommuner utbetales dels direkte som følge av overføringer fra statsbudsjettet, dels etter innsendt regnskap som dokumenterer gjennomførte aktiviteter.

En mulighet er at det iverksettes stimulerings tiltak i form av øremerkede tilskudd for å få til samarbeid mellom alternativmedisinske miljøer og skolemedisinske miljøer. Tildelte midler kan styres lokalt, eller kommuner og fylkeskommuner kan søke om midler for å gjennomføre samarbeidsprosjekter eller andre forsøksordninger. For eksempel kan kommunal og fylkeskommunal helsetjeneste som forsøksordninger ta i bruk tjenester fra alternativmedisinske utøvere i sykehjem eller sykehus. I tillegg kan slike midler eventuelt brukes til dekning av kostnader knyttet til samarbeidsfora mellom det etablerte helsevesen og alternativmedisinske utøvere.

14.3.4.2 Tilskudd til allmenne informasjonstiltak

De informasjonsoppgaver som er nevnt i punkt 14.3.2, er ressurskrevende. Kostnadene knyttet til slike funksjoner vil avhenge av hvilke konkrete oppgaver som skal gjennomføres, og hvor funksjonen plasseres. Hvis slike tiltak skal gjennomføres må det bevilges midler over statsbudsjettet til opprettelse og drift av institusjoner eller enheter i eksisterende offentlige institusjoner, eller som tilskudd til private organisasjoner som påtar seg i utføre oppgavene.

14.3.4.3 Tilskudd til forskningsformål

De offentlige midler som i dag er avsatt til forskning om alternativ medisin, forvaltes av Norges forskningsråd. Midlene tildeles av et programstyre etter vurdering av innsendte søknader.

Dersom det skal avsettes mer midler til forskning innen alternativ medisin, kan dette gjøres på forskjellige måter. En mulighet er å øke de midler som administreres av Norsk Forskningsråd. Dette vil gjøre det mulig for flere forskere og flere miljøer å gjennomføre forskning på feltet. Midler kan også brukes til å etablere og drive et forskningssenter eller -institutt, jf. punkt 14.3.2.2.

14.3.4.4 Tilskudd til samarbeid mellom helsevesenet og alternativmedisinske behandlere

I tillegg til de typer tilskudd og bevilgninger som er nevnt ovenfor, kan det vurderes om det skal gis tilskudd til andre typer samarbeidsprosjekter mellom helsevesenet og alternativmedisinske behandlere. Det kan opprettes en «pott» hvorfra øremerkede tilskudd kan tildeles etter nærmere søknad. Midlene kan for eksempel fordeles av Sosial- og helsedepartementet. Denne type tilskudd kan gis til varierte former for prosjekter. Det kan settes krav om at minst en alternativmedisinsk og en skolemedisinsk utøver er aktivt med i prosjektet. Dessuten kan det være et krav om evaluering etter at prosjektet har løpt en periode.

KAPITTEL 15

Utvalgets vurderinger og forslag**15.1 PRINSIPIELLE VURDERINGER****15.1.1 Innledning**

Et samlet utvalg står bak de beskrivelser og vurderinger som er foretatt i kapitlene 1-13. Utvalgsmedlemmene har nærmet seg den felles beskrivelsen ut fra forskjellige ståsteder, og har ikke alltid de samme begrunnelser for konklusjonene som trekkes på grunnlag av disse kapitlene. Alle utvalgsmedlemmene ønsker at kunnskapen om alternativ medisin skal øke, og at pasienter gis mulighet til å dra nytte av disse kunnskapene, slik at valgfriheten blir mer reell og sikkerheten for pasientene styrkes. Utvalget ønsker også tiltak som øker åpenhet og respekt mellom alternativ medisin og skolemedisin for å møte pasientens behov. Økt samarbeid kan være med å synliggjøre alternativ medisin. Noen utvalgsmedlemmer ønsker en utvikling som fremmer alternativ medisin som et komplementært tilbud til skolemedisinsk behandling, mens andre har en mer avventende holdning til hvordan utviklingen bør skje.

15.1.2 Noen forhold og vurderinger som utvalget har lagt til grunn for sine forslag

Helsevesenet har som oppgave å forebygge og helbrede sykdommer og å lindre lidelser. Helsevesenet må møte hvert enkelt individ med åpenhet og respekt, og anerkjenne dets rett til selvbestemmelse. De samme mål og krav må gjelde for behandlere også utenfor helsevesenet. Behandleren skal gi råd om og utøve behandlingen på en så god og sikker måte som mulig. Det innebærer at behandleren må ha innsikt i begrensningen for sin egen kompetanse. Utvalget vurderer hensynet til pasienters beste, herunder hensyn til selvbestemmelse, ivaretagelse av pasientens trygghet og behov for behandling, som overordnet.

Det forekommer utstrakt bruk av alternativ medisin i den norske befolkningen, blant annet bekreftet ved utvalgets egen undersøkelse utført av Opinion i oktober 1997. Utviklingstendensen i Norge de senere årene gjenfinnes også internasjonalt. Alternativmedisinske behandlere oppsøkes i Norge for et vidt spektrum av lidelser og symptomer. Et flertall av dem som oppsøker alternativmedisinsk behandling, svarer ved undersøkelser at de er godt fornøyd med behandlingen.

Tilbudet av alternativmedisinske analyser og terapiformer er omfattende. Det er ikke lett for pasienten å orientere seg i dette markedet. Det er heller ikke lett å vite hvilke terapiformer som har effekt, og hvilke utøvere som er seriøse. Det har derfor vært viktig for utvalget å ha pasientens sikkerhet for øye, og utvalget foreslår regler som gjør det mulig å reagere overfor utøvere som ikke opptrer ansvarlig. Noen utvalgsmedlemmer legger vekt på at det finnes pasienter som er blitt villedet og utnyttet i møtet med alternativ medisin.

Nyere data viser at holdninger til alternativ medisin er i forandring blant norsk helsepersonell. Fra å være i hovedsak avvisende, er holdningen nå nøytralt aksepterende. Det er likevel ikke dekning for å hevde at man i dag har en aktiv, samhandlende og henvisende holdning. Økende åpenhet finnes innen alle typer helsepersonellgrupper. Det er et gjennomgående funn at kvinnelige helsearbeidere er mer

åpne overfor alternativ medisin enn sine mannlige kolleger innenfor alle de profesjonsgrupper der det er gjort undersøkelser.

Utvalget legger til grunn at de vitenskapelige metoder som anvendes, må tilpasses forskningens objekt og målsetning. I dette ligger en åpenhet overfor alle seriøse forsøk på å innhente systematisk kunnskap. Faglige bidrag fra andre kunnskapstradisjoner kan frembringe erkjennelse om sammenhenger og årsaker som det kan være vanskelig å få øye på når man er sterkt festet i én retning eller tradisjon. Det er i pasientenes interesse å utvide den samlede kunnskap om gode behandlingsmetoder.

Utvalget har stilt opp og benyttet en rekke kriterier for hva som skal til for at kliniske effekter og bivirkninger skal anses som dokumentert. Utvalgets grunnholdning er at en udokumentert behandling kan være uvirksom, eller den kan være virksom uten at det (ennå) er dokumentert vitenskapelig at den har effekt. Bedømt etter utvalgets kriterier er bare et lite antall alternativmedisinske teknikker og behandlinger dokumentert. Det er derfor ikke minst en forskningsmessig utfordring å skaffe til veie kunnskap om hvorfor en så stor andel av brukere av alternativ medisin er fornøyd med behandlingen, mens det samtidig er slik at det meste av denne behandlingen er udokumentert når utvalgets definisjoner legges til grunn. Behandlingsmetoder som tilbys av et offentlig helsevesen, bør være tilstrekkelig dokumenterte som virkningsfulle og nyttige.

15.1.3 Utvalgets begrunnelse for valg av virkemidler

I utvalgets mandat er det bedt om en vurdering av hvilken plass alternativ medisin skal ha i tilknytning til det etablerte helsevesen i fremtiden. Utvalget vil ikke på generelt grunnlag foreslå å innlemme den alternative medisin i det etablerte helsevesen. Utvalget vil heller gi anvisning på tiltak som kan bidra til at alternativmedisinen og skolemedisinen kan nærme seg hverandre gjennom en gradvis utvikling. Dette bør skje på en måte som de involverte aktører erfarer er hensiktsmessig.

Utvalgets forslag til virkemidler faller i to hovedkategorier - rettslige virkemidler og andre virkemidler, herunder organisatoriske, pedagogiske og økonomiske.

Utvalget foreslår at de absolutte strafferettslige begrensninger i adgangen til å ta syke i kur, erstattes med et mer tidsmessig regelverk (en svekking av legemonopolet for behandling av alvorlige sykdommer og lidelser). Det foreslåtte regelverk kan tas aktivt i bruk overfor seriøse alternativmedisinske behandlere, samtidig som forslaget bidrar til og tilrettelegger for pasientens valgfrihet og samarbeid mellom alternativmedisinske utøvere og leger. Utvalget foreslår videre en frivillig registerordning regulert i lov og forskrift, samt en lovregulert taushetsplikt for alternativmedisinske utøvere. Utover dette har ikke flertallet i utvalget ønsket om ytterligere lov- eller forskriftsregulering av alternativmedisinsk virksomhet på det nåværende tidspunkt. Et mindretall foreslår å innlemme behandling hos alternativmedisinske utøvere i folketrygdens refusjonsregler, når behandlingen skjer etter henvisning fra lege.

I tråd med det forannevnte vil utvalget trekke frem andre former for virkemidler som helsemyndighetene kan og bør ta i bruk for å bidra til en synliggjøring med hensyn til alternativ medisin, og for å øke samhandlingen mellom alternativmedisinske utøvere og det etablerte helsevesen. Etter utvalgets vurdering bør virkemidlene utformes slik at de reflekterer varierende behov, og slik at en større bredde av gode behandlingstilbud gjøres tilgjengelige. Virkemidlene bør være smidige og egnet til å utforske nytten av nye samarbeidsformer og alternativmedisinske behandlingsme-

toder. De bør derfor være rettet inn mot konkrete prosjekter eller avgrensede forsøk og være tilpasset lokale forhold, herunder pasientenes behov og ønsker, tilgjengelige ressurspersoner og samarbeidsvilje mellom helsepersonell og alternativmedisinske behandlere. Derfor bør disse virkemidlene ikke være av rettslig karakter, i den forstand at alternativmedisinske utøvere eller helsevesen i form av lov eller forskrift pålegges plikter eller gis rettigheter. I stedet bør det benyttes organisatoriske, pedagogiske og økonomiske virkemidler for å bidra til den ønskede utvikling.

15.2 FORSLAG TIL STRAFFERETTSLIG REGULERING

15.2.1 Innledning

Det finnes, som påpekt i punkt 10.4.1, ikke særskilt lovregulering av alternativmedisinsk behandlingsvirksomhet, for eksempel hvem som kan yte slike tjenester og hvordan tjenestene skal organiseres, krav til utdanning eller andre kvalifikasjoner, taushetsplikt, journalføring eller andre plikter. I kvaksalverloven av 1936 er det imidlertid gitt strafferettslige bestemmelser som blant annet vil kunne legge begrensninger på alternativmedisinsk virksomhet, se nærmere punkt 10.4.5 ff.

Til grunn for utvalgets vurderinger av om det er nødvendig med særlige straffebestemmelser rettet mot utøvere av alternativ medisin, lå opprinnelig Sosial- og helsedepartementets høringsnotat med forslag til lov om helsepersonell m.v. fra juli 1997. I høringsutkastet ble det foreslått at kvaksalverloven burde oppheves i sin helhet, og at enkelte av lovens reguleringsformål i stedet skulle tas inn i en ny helsepersonellov gjennom særlige bestemmelser rettet mot yrkesutøvere som ikke er helsepersonell. Departementet uttalte samtidig at det ikke ønsket å foregripe utvalgets arbeid ved å foreta en grunnleggende revisjon av kvaksalverloven når det gjelder «forholdet mellom alternative behandlere og det tradisjonelle helsevesenet», og begrenset seg derfor til å foreslå en minimumsregulering for å beskytte pasienter mot skade ved inkompetent behandling, se høringsnotatet side 138.

Utvalgets leder meddelte helseministeren våren 1998 at utvalget etter en foreløpig vurdering sluttet seg til departementets oppfatning om at kvaksalverloven burde oppheves i tråd med lovutkastet samtidig som alternativmedisinsk behandling ble regulert i et eget kapittel i ny helsepersonellov. Departementet fant like fullt at kvaksalverloven ikke burde foreslås opphevet i lovforslaget til ny helsepersonellov, se Ot. prp. nr. 13 (1998-99) side 202-203. Utvalget har derfor på ny vurdert behovet for strafferettslige bestemmelser overfor behandlere som ikke er helsepersonell, og som derfor ikke er omfattet av lovforslaget slik det nå foreligger.

Utvalget står, etter en fornyet vurdering, fast ved at begrensninger i retten til å ta syke i kur bør nedfelles i særlige bestemmelser i et eget kapittel i forslaget til ny helsepersonellov som forventes behandlet av Stortinget i løpet av 1999. Utvalgets forslag på dette punkt vil derfor bestå i utforming av et nytt kapittel i lovforslaget i proposisjonen i tråd med lovutkastet i høringsnotatet.

Et enstemmig utvalg finner at det praktisk viktigste argumentet for å la kvaksalverloven bli rettshistorie, er at dette er en spesiell straffelov med et alderdommelig preg, og som nå er foreslått vesentlig endret som følge av den pågående reformen av helsepersonellovgivningen. Endringene må uansett være mer vidtgående enn hva departementet foreslår. I punkt 10.4 er det blant annet påvist at flere av kvaksalverlovens bestemmelser i dag ikke kan tolkes etter sin bokstav, og at loven bare av den grunn representerer en uhensiktsmessig reguleringsmåte. Utvalget mener derfor at kvaksalverloven bør erstattes av mer tidsmessig regulering, som kan håndheves i tråd med de forutsetninger som ligger til grunn for reglene. I tillegg kommer at det har skjedd en vesentlig utvikling både i alternativmedisinsk virksomhet og i pasienters holdninger til utøvere av alternativ medisin siden loven ble vedtatt i

1936. Å bare gjøre endringer i 1936-loven vil dessuten opprettholde bruken av betegnelser som «kvakksalverloven», «kvakksalveri» og «kvakksalver», noe utvalget finner svært uhensiktsmessig. Utvalget vil i det følgende komme med forslag til hvordan reguleringen bør være for fremtiden.

15.2.2 Det rettslige utgangspunkt: Alminnelig handlefrihet

Det er i utgangspunktet den alminnelige handlefriheten som ligger til grunn for samhandling mellom mennesker, også i profesjonelle forhold. Denne handlefriheten er for alternativmedisinsk virksomhet, i likhet med for andre virksomheter, begrenset av de generelle bestemmelsene til vern for forbrukere, om registrering av personopplysninger, straffelovens bestemmelser til beskyttelse mot fysiske og psykiske integritetskrenkelser m.m., se punkt 10.4. En minimumsregulering vil være å la disse regelverkene danne rammene for alternativmedisinsk virksomhet uten å etablere særlige straffebestemmelser på dette området. En slik løsning innebærer å legge avgjørende vekt på folks rett til selv å bestemme over sine liv, herunder sin pengebruk og hvilken helsemessig risiko de ønsker å utsette seg for. For utøvernes vedkommende er denne selvbestemmelsesretten knyttet til deres frie yrkesutøvelse. Hensynet til å beskytte pasientene, se punkt 14.1.3, kan imidlertid tilsa at det gjøres visse særlige innskrenkninger i handlefriheten på dette området.

15.2.3 Begrensninger i adgangen til å behandle syke mennesker

Hva som skal betraktes som behandling av sykdommer og lidelser, er det etter utvalgets oppfatning verken hensiktsmessig eller mulig å fastslå. Den som yter hjelp mot godtgjørelse til personer for undersøkelse, behandling eller lindring av sykdommer eller symptomer, er behandler i forhold til de straffebestemmelser utvalget forslår. Det vil likevel være ulike aktiviteter som ikke naturlig omfattes begrunnet ut fra for eksempel livssyn eller kulturell tilhørighet. Utvalget er av den oppfatning at slike forhold må vurderes konkret i den enkelte situasjon.

I punkt 10.5 fremgår at pasienter i en viss grad har rett til selv å kunne velge behandlingstilbud, behandlingstidspunkt og behandlingsform, og i stor grad har rett til å velge å ikke la seg behandle. Det er samtidig redegjort for at det ikke på alle livsområder, og i alle situasjoner, foreligger en full og reell frivillighet for hvilke behandlingstilbud som kan fravelges. Den manglende valgmuligheten - eller bedre: den lovbestemte tvangen - gjør seg mest gjeldende ved allmennfarlige smittsomme sykdommer, ved alvorlige psykiske lidelser og overfor barn som lider av livstruende eller annen alvorlig sykdom eller der foreldrene ikke ivaretar barnas interesse, se barnevernloven §§ 4-10 til 4-12.

Utvalget ønsker ikke å rokke ved den særreguleringen som er vedtatt i den helserettslige spesiallovgivningen og ved enkelte bestemmelser i sosialtjenesteloven og barnevernloven. Utvalget vil derfor konsentrere sine vurderinger til spørsmålet om hensiktsmessigheten av eventuelle begrensninger i bruken av alternativmedisinsk behandling i forhold til grupper av pasienter som i utgangspunktet - rent juridisk, om enn ikke alltid rent faktisk - har sin selvbestemmelsesrett i behold i forhold til om de ønsker å benytte de tilbud som ytes av helsevesenet, eller ikke.

Det er som nevnt særlig de hensyn som det er redegjort for i punkt 14.1.3 om beskyttelse av pasientene, som kan tilsa at særlige straffebestemmelser bør sette grenser for handlefriheten, selv om også hensynet til hensiktsmessige samfunnsøkonomiske løsninger kan tilsa visse begrensninger, se punkt 14.1.2.

I tillegg til at individers fysiske og psykiske integritet er vernet gjennom generelle straffebestemmelser, finnes det også straffebestemmelser som beskytter

grupper som er særlig utsatt for å kunne bli forledet til handlinger som det er grunn til å tro ikke er til deres eget beste. Slike bestemmelser kan altså for eksempel ivareta interessene til pasientgrupper som vanskelig er i stand til å beskytte seg selv i den aktuelle situasjonen. Denne type regulering er uttrykk for en paternalistisk holdning, et hensyn som også ligger bak viktige deler av vår velferdslovgivning for øvrig.

I punkt 14.1.3 understrekes at pasienter bør kunne beskyttes både mot skadelig og uforsvarlig behandling, økonomisk misbruk og uforsvarlig behandling av pasientopplysninger.

Utvalget tar utgangspunkt i disse hensynene ved vurderingen av hva som er legitime grunner til å ha særlige straffebestemmelser til beskyttelse av pasienter i forhold til alternativmedisinsk virksomhet.

Som hensyn mot å innføre slike straffebestemmelser står økt vektlegging av pasientenes selvbestemmelsesrett og hensynet til den frie etableringsrett, se punkt 14.1.4 og 14.1.5. Som det fremgår i punkt 7.2, har pasienttilstrømningen til alternativmedisinske behandlere økt de senere år. Undersøkelser som har vært gjort med hensyn til pasienter med alvorlige sykdommer, herunder kreftpasienter, viser at også en stor andel av denne pasientgruppen har oppsøkt alternativmedisinske behandlere, se punkt 7.2. Den økte etterspørselen innebærer ikke nødvendigvis at pasientene blir helbredet, men noen pasienter med alvorlige sykdommer angir økt livskvalitet og økt velbefinnende etter behandlingen.

For vurderingen av om det skal være straffbart å tilby alternativmedisinsk behandling for eksempel til pasienter med alvorlige sykdommer, er det også av betydning at utvalget har funnet at de omtalte behandlingsformene i bare beskjeden grad har en risikoprofil som skulle tilsi å definitivt fraråde bruken av dem av sikkerhetsmessige grunner, se kapittel 13. Utvalget vil imidlertid presisere at de behandlingsformene som er omtalt i kapittel 13, kun omfatter metoder som det ble sendt inn dokumentasjon for. Risikoaspektene ved mange av de alternativmedisinske behandlingsformer som i dag brukes i Norge, har ikke vært vurdert av utvalget. Det kan derfor ikke utelukkes at behandlingsmetoder som i dag benyttes, kan representere en alvorlig helserisiko. Samtidig ser alternativmedisinsk behandling ut til å kunne ha et potensiale i behandlingen av en rekke sykdomstilstander, men forskningen er kommet for kort til at utvalget kan komme med anbefalinger om slik bruk, se kapittel 13. Dette kan tilsi at man skal være forsiktig med å legge absolutte strafferettslige hindre i veien for en videre utprøving av de alternativmedisinske behandlingsmetodene.

Utvalget legger videre til grunn at pasienter som er myndige og i stand til å foreta egne vurderinger, kan fravelge behandling fra det etablerte helsevesenet som med stor sikkerhet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring, så lenge vilkårene for å anvende tvangsbestemmelser ikke foreligger.

Utvalget finner på denne bakgrunn at begrensninger for andre enn helsepersonell i å ta syke i kur, bør reguleres i et eget kapittel i den foreslåtte helsepersonelloven, i tråd med høringsutkastet fra departementet. Utvalget har i stor utstrekning lagt dette lovutkastets bestemmelser til grunn for sine forslag, og vil her begrense seg til å begrunne de vesentligste avvikene fra disse.

Utvalget foreslår at medisinske inngrep eller annen behandling som kan medføre alvorlig helserisiko, og behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer som omfattes av lov om smittevern, og alvorlige sinnslidelser bare skal kunne behandles av helsepersonell, se definisjonen av helsepersonell i lovforslagets § 3. Utvalget finner ikke grunn til i utkastet til kapittel 14 å fastsette nærmere hvilke grupper helsepersonell som skal kunne utføre slik behandling. Forholdet mellom de ulike grupper helsepersonell reguleres i lovforslagets § 4.

Utvalget ønsker imidlertid ikke at det generelt skal være straffbart for utøvere av alternativ medisin å tilby behandling av pasienter med alvorlige sykdommer og lidelser, slik departementet foreslo i lovutkastet i høringsnotatet. Det er i to typer situasjoner utvalget anser at utøvere av alternativ medisin skal kunne tilby behandling til pasienter med andre alvorlige sykdommer og lidelser enn allmennfarlige smittsomme sykdommer og alvorlige psykiske lidelser. Det er for det første dersom behandlingen velges av en myndig person som utvilsomt er kompetent til å fravelge behandlingstilbud fra helsevesenet eller til å tilvelge alternativmedisinsk behandling. For det andre gjelder det pasienter som helsevesenet ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby. Dette kan for eksempel gjelde enkelte kreftpasienter. Med «lindrende» behandlingstilbud menes noe mer enn et rent smertestillende regime.

Forutsetningen må i begge tilfelle imidlertid være at behandlingen gis i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege i den forstand at legen ikke motsetter seg slik behandling når han eller hun blir forelagt problemstillingen av pasienten eller en alternativmedisinsk behandler. Dette betyr at både legen og den alternativmedisinske behandleren må vurdere om ett av de to alternative vilkårene for slik behandling foreligger.

Med samarbeid menes aktiv henvisningspraksis eller annen kontaktform som fører til at pasienten gis et samlet behandlingstilbud av gjensidig respekterende behandlere. Det svakere vilkåret om samforståelse fører til at den alternativmedisinske behandler uansett må informere pasientens faste lege om igangsatt behandling. Dersom legen gir uttrykk for at han eller hun ikke har innvendinger mot behandlingen eller forholder seg passiv, må vilkåret om samforståelse i denne sammenheng anses å være oppfylt. Bare dersom legen gir beskjed om at han eller hun motsetter seg behandling, vil behandlingen være straffbar. Kravet om samarbeid eller samforståelse vil kunne bidra til økt gjensidig kunnskap om behandlervirksomheten i og utenfor det tradisjonelle helsevesenet. Dette er en heldig sidevirkning av de foreslåtte regelendringene, men er ikke årsaken til at denne reguleringsformen er foreslått.

På bakgrunn av de holdninger som det fremgår at leger har til utøvere av alternativ medisin, se punkt 9.8, antar utvalget at enkelte leger neppe vil bidra til verken et aktivt samarbeid eller det foreslåtte kravet om samforståelse, men at en rekke leger vil være positive til dette når pasienten ser seg tjent med det. Utvalget anser samarbeidet, eller i det minste: samforståelsen, med en lege som nødvendig for å beskytte pasienter med alvorlige sykdommer eller lidelser mot uforsvarlig behandling og eventuelt økonomisk utnytting. Det må stå fritt opp til pasientene eventuelt å bytte til en lege som respekterer hans/hennes valg. På den andre siden vil en lege som rent passivt lar pasienter fravelge virksom behandling, uten selv å vurdere hva som er til pasientens beste, kunne bli tildelt reaksjoner av tilsynsmyndighetene, og i alvorlige tilfeller kan det være erstatningsbetingende. Legens rådgivning og handlemåte overfor pasienten i en gitt situasjon må alltid vurderes ut fra det forsvarlighetskravet som gjelder for legens profesjonelle virksomhet. Den foreslåtte straffebestemmelsen hjemler imidlertid ikke straff for legen dersom legen ikke motsetter seg alternativmedisinsk behandling, selv om vilkårene for alternativmedisinsk behandling ikke er oppfylt, eller dersom en medisinskfaglig vurdering tilsier at det ikke er forsvarlig at pasienten mottar slik behandling. Straffebestemmelsen retter seg bare mot den alternativmedisinske behandler.

Utvalgets forslag innebærer at behandlingsmonopolet til det etablerte helsevesenet svekkes noe ved alvorlige sykdommer og lidelser i forhold til rettstilstanden ved dagens kvaksalverlov, i forhold til departementets høringsnotat om forslag til ny helsepersonellov, og i forhold til departementets forslag i Ot.prp. nr. 13 (1998-

99) til endringer i kvaksalverloven. Svekkelsen vil nok i praksis fortrinnsvis skje i forhold til behandlere som registrerer seg i det foreslåtte registeret for alternativmedisinske utøvere, se punkt 15.3. Forslaget innebærer også en tilsvarende styrking av pasientenes selvbestemmelsesrett. Det gir samtidig rom for utprøving av nye behandlingsmetoder når pasienten ønsker det, og vedkommendes lege er innforstått med dette. Utvalget er klar over at forslaget ikke løser alle vanskelige grensespørsmål som dukker opp i praksis, men ved å flytte grensene i pasientautonomiens retning, fjernes en del av de «gråsonespørsmålene» som dagens lovgivning gir opphav til. Samtidig åpner utvalgets forslag for nye «gråsoner» for hva slags praksis som skal kunne møtes med straffereaksjoner. Begrepet «samforståelse» er uklart, og det kan også være uklart når helsevesenet ikke har et helbredende eller lindrende behandlingstilbud.

Bestemmelsene som gir unntak fra behandlingsmonopolet, bør heller ikke tolkes antitetisk slik at straffeforfølgelse skjer «automatisk» ved overtredelse av kravet til samarbeid eller samforståelse. En behandler som informerer pasientens lege om sitt behandlingsopplegg der en myndig pasient aktivt fravelger skolemedisinsk behandling, bør ikke straffes bare fordi legen motsetter seg behandlingen. Her mener utvalget at bestemmelsen peker mot mer helhetlige vurderinger der så vel beskyttelse av pasienten mot økonomisk utbytting, villedende informasjon og behandling som i seg selv forverrer tilstanden, som pasientens reelle mulighet til å velge behandlingsopplegg, må stå sentralt. Det er bare straffverdige handlinger som bør medføre tiltale og straffansvar.

Utvalget forventer at helsemyndighetene, dersom utvalgets forslag blir vedtatt, utarbeider egnet informasjonsmaterieil til helsevesenet, pasienter og alternativmedisinske utøvere, som klargjør reglene.

Ett av utvalgets medlemmer (Risberg) dissenterer fra utvalgets vurderinger ovenfor på et prinsipielt grunnlag. Han mener at pasienter med ondartede lidelser (kreft) bare straffritt bør kunne behandles av alternativmedisinsk behandler når pasienten, kreftspesialisten og den alternativmedisinske utøver er enige om det. Dette medlemmet ønsker at utvalgets lovutkast omformuleres i samsvar med dette. Denne dissensen ble formulert så sent at tiden ikke har muliggjort en slik alternativ formulering av lovutkastet.

15.2.4 Taushetsplikt

Utvalget vil videre foreslå at det innføres en lovbestemt straffesanksjonert taushetsplikt for utøvere av alternativ medisin på lik linje med den foreslåtte taushetsplikten for helsepersonell i forslaget til ny helsepersonellov §§ 21 til 25. Utøverne av alternativ medisin forvalter en betydelig mengde sensitive opplysninger om sine pasienter. Utøverne bør av hensyn til pasienten og til tillitsforholdet mellom pasienten og behandleren, pålegges en lovbestemt plikt til å bevare taushet om, og hindre at andre får kjennskap til, pasientopplysninger mottatt i forbindelse med behandlingen. Behovet for en slik bestemmelse tilsies også av at utvalget åpner for at det på nærmere bestemte vilkår skal bli lovlig å tilby alternativmedisinsk behandling også til pasienter med alvorlige sykdommer og lidelser.

Det fremgår av punkt 10.6.4 at de fleste yrkesorganisasjonene for alternativmedisinske utøvere har etiske regler som omfatter taushetsplikt i forhold til pasienten. Et krav om taushetspliktsregler for den aktuelle yrkesgruppe er også et vilkår for at medlemskap i organisasjonen skal kunne godkjennes som grunnlag for registrering i den registerordningen utvalget foreslår, se punkt 15.3. Å pålegge en lovbestemt taushetsplikt vil understreke betydningen av at denne plikten overholdes, samtidig som overtredelse vil kunne sanksjoneres uavhengig av hvordan yrkesorganisas-

jonen håndterer slike brudd på de etiske reglene. Hvordan pasientopplysningene for øvrig håndteres, må reguleres gjennom individuelle og/eller generelle bestemmelser fastsatt av Datatilsynet i medhold av personregisterloven/den foreslåtte personopplysningsloven, se NOU 1997: 19 Et bedre personvern - forslag til lov om behandling av personopplysninger.

Taushetspliktbestemmelsen kan enten plasseres i den foreslåtte nye lov om helsepersonell m v i nytt kapittel 14 om andre enn helsepersonell, se punkt 15.2.1, og/eller i straffeloven § 144, som pålegger flere helsepersonellgrupper, advokater, prester m.fl. taushetsplikt. Utvalget har funnet det mest hensiktsmessig å regulere taushetsplikten på en tidsmessig måte tilsvarende taushetsplikten for helsepersonell, og vil derfor foreslå en ny § 77 i forslaget til ny lov om helsepersonell m v, som viser til de sentrale bestemmelsene om taushetsplikt for helsepersonell. Flere av bestemmelsene om unntak for taushetsplikt for helsepersonell er imidlertid tilpasset helsepersonell i det offentlige helsevesen og bør ikke få tilsvarende anvendelse for utøvere av alternativ medisin utenfor det offentlige helsevesen.

Utvalget har ikke tatt stilling til hvorvidt alternativmedisinske utøvere også bør omfattes av taushetsplikten i straffeloven § 144. Bortsett fra en strengere strafferamme, har den begrenset verdi i seg selv utover det som vil følge av foreslått ny § 77 i forslaget om lov om helsepersonell m v. Straffeloven § 144 er nært knyttet til unntaket fra vitneplikten i straffeprosessloven § 119 og tvistemålsloven § 205 i den forstand at disse bestemmelsene unntar de samme personellgrupper som omfattes av straffeloven § 144, fra vitneplikt. Hvorvidt disse bestemmelsene bør endres til også å omfatte alternativmedisinske utøvere, forutsetter vurderinger av prosessuelle spørsmål og bør derfor vurderes særskilt av andre. Utvalget peker likevel på at flere av hensynene som taler for at helsepersonell og andre behandlere/personlige rådgivere ikke skal ha vitneplikt, også gjelder for utøvere av alternativ medisin.

15.2.5 Oppsummerende forslag

Et samlet utvalg foreslår et nytt kapittel i forslaget til ny lov om helsepersonell m v. Det nye kapittel 14 (ny §§ 75 til 80) som retter seg mot andre enn helsepersonell, tas inn etter § 74 i forslaget. For sammenligningens skyld er del VI i lovutkastet i høringsnotatet inntatt som vedlegg 2, mens dagens kvaksalverlov er inntatt som vedlegg 1, forslag til ny helsepersonellov er inntatt som vedlegg 3, og forslag til pasientrettighetslov er inntatt som vedlegg 4.

Utvalgets forslag til nytt kapittel 14 lyder slik:

Kapittel 14 Bestemmelser rettet mot andre enn helsepersonell

§ 75. Forbud mot bruk av beskyttet tittel og mot villedende markedsføring

Bare den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell, se §§ 48 til 51.

Andre må heller ikke benytte titler som gir eller er egnet til å gi inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Villedende eller uetisk markedsføring av undersøkelser, medisinske inngrep eller annen behandling er forbudt. Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om markedsføring.

§ 76. Yrkesutøvelse forbeholdt helsepersonell

Medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter, skal kun utøves av helsepersonell, se § 3. Departementet kan ved forskrift bestemme det nærmere innhold i dette ledd.

Det samme gjelder behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer etter lov om vern mot smittsomme sykdommer, og alvorlige sinnslidelser etter lov om

psykisk helsevern. Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke sykdommer/lidelser som omfattes av dette ledd.

Det samme gjelder behandling av alvorlige sykdommer og lidelser. Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke sykdommer/lidelser som omfattes av dette ledd.

Bestemmelsen i tredje ledd gjelder ikke dersom behandlingen skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, og (1) behandlingen velges av en myndig person som utvilsomt er kompetent til å fravelge behandlingstilbud fra helsevesenet, eller (2) helsevesenet ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby pasienten. For pasientgrupper som nevnt i lov om pasientrettigheter §§ 4-4 til 4-8 gjelder de samtykkebestemmelsene som der er oppstilt, så langt de passer.

§ 77. Taushetsplikt

For andre behandlere enn helsepersonell gjelder bestemmelsene om taushetsplikt i §§ 21 til 25 tilsvarende.

Se punkt 15.3.6 om forslag til ny § 78. Dette er ikke en straffebestemmelse.

§ 79. Straff for overtredelse av §§ 75 til 77

Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer bestemmelsene i §§ 75 til 77 straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.

Ved særlig skjerpene omstendigheter eller ved gjentakelse kan fengsel inntil seks måneder anvendes.

Medvirkning straffes på samme måte.

Det fritar ikke for straff at vedkommende på grunn av manglende fagkompetanse ikke forsto faren eller sykdommens art.

Påtale skjer når allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.

§ 80. Straff for å utsette pasient for fare

Den som ikke er helsepersonell, og som ved medisinske inngrep eller behandling forsettlig eller uaktsomt utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare, enten ved selve behandlingen eller ved at pasienten unnlater å søke kyndig hjelp, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.

Ved særlig skjerpene omstendigheter eller ved gjentakelse kan fengsel inntil seks måneder anvendes.

Har de medisinske inngrep eller behandlingen medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, jf. straffeloven § 9, kan fengsel i inntil to år anvendes dersom ikke strengere bestemmelser i straffeloven kommer til anvendelse.

Medvirkning straffes på samme måte.

Det fritar ikke for straff at vedkommende på grunn av manglende fagkompetanse ikke forsto faren eller sykdommens art.

Påtale skjer når allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.

Øvrige forslag til endringer i forslag til lov om helsepersonell m v er rent redaksjonelle. Fordi utvalget foreslår et nytt kapittel 14 (§§ 75 til 80), vil nåværende forslag til kapittel 14 bli foreslått som nytt kapittel 15 med tilhørende endringer i paragrafrekkefølge (forslaget § 75 blir 81 osv.). I § 2 om lovens virkeområde foreslås et nytt annet ledd.

15.3 REGISTERORDNING

15.3.1 Innledning

Blant flere mulige reguleringsmåter (se punkt 14.2), har utvalget funnet det formålstjenlig å utrede og ta stilling til eventuell oppretting av et landsdekkende og offentlig register over utøvere av alternativ medisin. Formålet med en slik register-

ordning er å skille mellom behandlere på grunnlag av et sett kriterier. I stortingsvedtakene som ligger til grunn for utvalgets oppnevning, heter det at «arbeidet med å skille ut de seriøse utøvere av alternativ medisin i et eget register må intensiveres». Uttrykket «seriøs utøver» og hva som ligger i dette, er ikke uproblematisk. Det er heller ikke enkelt å lage en ordning som skiller mellom «seriøse» og «useriøse» utøvere. I punkt 15.3.2 gjøres nærmere rede for hensikten bak et register. I punkt 15.3.3 og 15.3.4 behandles henholdsvis kriterier for og virkninger av å bli registrert.

Et felles register vil gjøre det lettere for pasienter å finne frem til utøvere som er registrert. I tillegg er dette en enkel reguleringsform som er lite kostnadskrevende, og som ikke griper vesentlig inn i utøverens faglige og driftsmessige autonomi. Ved at kriteriene for registrering begrenses til lett kontrollerbare opplysninger, blir administrasjon enkel. Det kan derved sikres lave inngangs- og driftskostnader. Driften kan være selvfinansierende gjennom avgift (kontingent). Det offentliges oppgave blir eventuelt å tilrettelegge for opprettingen, gjennom nødvendig hjemmel og ved å sikre at registerplasseringen blir hensiktsmessig, samt ved eventuell godkjenning av forbund som skal ha en rolle i registerordningen. I punkt 15.3.2 drøftes hvem som bør være registerfører.

Blant utøverne av alternativ medisin er mangfoldet stort og kompetansen og den interne reguleringen varierende. Graden av organisering representeres av alt fra godt etablerte forbund med flere hundre medlemmer til sammenslutninger for mer enkeltstående terapiformer med et fåtall utøvere. Dette er ikke til hinder for at det opprettes ett sentralt register i henhold til de vurderinger som er redegjort for nedenfor.

De minstekrav til registrering som er foreslått nedenfor, er direkte relatert til pasientenes trygghet og integritetsvern som nettopp er begrunnelsen for forslaget om en offentlig registerordning.

Utvalgets nærmere vurdering av den foreslåtte registerordningen fremgår i punkt 15.3.5.

15.3.2 Nærmere om hensikten bak registeret. Hvem bør være registerfører?

Som påpekt i punkt 14.1.4, er det i vårt samfunn regnet som en verdi i seg selv at pasientene har frihet til å treffe valg av betydning for eget liv og egen helse. Retten til selvbestemmelse er sterkt understreket i forslag til ny pasientrettighetslov, der "[Alternativmedisinens røtter](#)" i kapittel 4 heter «Samtykke til helsehjelp». I den grad valgfriheten benyttes til å oppsøke alternativmedisinsk behandling, gis samtidig signal til det etablerte helsevesen om at det er sider ved virksomheten som ikke møter pasientens behov. Dette vil kunne gi grunnlag for nyttige korrekter innen det etablerte helsevesen.

Selvbestemmelsesretten har for den enkelte også en omkostningsside, som innebærer økt risiko for å ta valg som kan medføre forverret helsetilstand eller manglende forbedring, samt økonomisk utnyttelse, se punkt 14.1.3. Pasientene må sikres best mulig informasjon, slik at de settes i stand til å danne seg et reelt bilde av de tilbud som finnes. De må ha kjennskap til konsekvenser, risiki og sannsynlighet for helbredelse/bedring ved de ulike tilbud, slik at de kan foreta mest mulig «riktige» valg. Dette gjelder også for pårørende til «ikke-beslutningsdyktige» pasienter. Denne informasjonsplikten påligger både det etablerte helsevesen og alternativmedisinske utøvere. For alternativmedisinske utøvere er det ikke en rettslig plikt, men den kan følge av etiske regler for vedkommende gruppe utøvere. "[Begrepsdiskusjon og vitenskapssyn](#)" i Kapittel 3 og 4 i forslaget til pasientrettighetslov vil her være et naturlig utgangspunkt for pliktig informasjon og krav om samtykke.

Pasienter bør ha krav på sikkerhet for at behandlere er seriøse yrkesutøvere. I det etablerte helsevesen har staten en tilsynsplikt med såvel tjenestene som med tjenesteyterne, se punkt 10.6.2. En lignende tilsynsplikt foreligger ikke med alternativmedisinske behandlere, utover det alminnelige forbrukervernet og yrkesgruppenes interne kontrollordninger, se nærmere punkt 10.6.3 og 10.6.4.

En registerordning kan sikre at utøverne blir bundet av yrkesetiske retningslinjer, og at pasienters integritet derved sikres gjennom pålagt taushetsplikt. Ved å stille krav om ansvarsforsikring for rett til registrering, vil pasientene sikres bedre mulighet for kompensasjon dersom det oppstår økonomisk tap i forbindelse med behandlingen. En registerordning tar altså sikte på en viss prosessuell kontroll av utøverne, men gir ingen «godkjenning» av at behandlingen er virksom eller av yrkesutøverens kvalitet. En registerordning har således ikke som siktemål at det skal foretas en materiell kontroll av virksomheten.

Utvalget har vurdert om en slik regulering basert på et register bør styres av det offentlige, eller om den eventuelt bør etableres av utøverne i regi av deres foreninger. Utvalget finner at bare et offentlig register vil kunne sikre alminnelig innsyn og et løpende og tjenlig vedlikehold av registeret. Etter utvalgets syn vil en slik myndighetsfastlagt registerordning samtidig gi større trygghet for pasienten og større anerkjennelse for terapeuten.

Utvalget har videre vurdert om det ville være ønskelig å delegere registreringen til de store veletablerte foreningene. Disse har for så vidt etablert egne registre og har innarbeidet sine foreningsnavn med forkortelser og logo (for eksempel Norske Homeopaters Landsforbund (NHL) og Norsk Forening for Klassisk Akupunktur (NFKA)) som de aktivt profilerer gjennom media, fellesannonser i de gule sidene i telefonkatalogen og sine medlemslister som sendes ut på forespørsel. En slik registerordning vil favorisere de profesjonelle, vel organiserte og ressurssterke foreningene. En privat registerordning vil, etter utvalgets oppfatning, ikke gi den aksept de seriøse utøverne søker. Pasienten vil kanskje heller ikke føle den samme trygghet når «bukken skal passe havresekken».

En annen mulig løsning ville være å etablere et felles registersete blant de seriøse forbundene på privat basis. Dermed ville sannsynligvis reguleringen bli strengere. Men profesjonskampen vil i større grad kunne være med å holde andre alternativmedisinske foreninger/terapier utenfor.

Utvalget har drøftet Brønnøysund som registersete. I Brønnøysund er det allerede et mangfold av andre statlige registerordninger, noe som kan sikre kvalitet (driftssikkerhet) for registeret uten at administrasjonskostnadene - og avgiftene - blir for høye.

Ved forespørsel til Brønnøysundregistrene har utvalget fått et overslag over kostnadene ved en registerordning basert på enkelte elementer: ved første gangs registrering kontrolleres at den som søker å bli registrert fremlegger fødselsattest, er medlem av en godkjent forening for alternativmedisinske utøvere (helsemyndighetene fastsetter for hvilke foreninger medlemsskap skal gi grunnlag for registrering), og har tegnet tilfredsstillende ansvarsforsikring. Prosjektkostnadene, det vil si kostnadene ved å etablere et slikt register hos registerfører, er anslått til 575 400 kroner, eksklusive informasjonskostnader. Utvalget foreslår at disse utgiftene dekkes av staten for å få opprettet registeret. Eventuelt kan kostnadene søkes dekket inn igjen ved å kreve et gebyr ved førstegangs registrering. Dersom man legger til grunn at 2-3 000 utøvere vil la seg registrere (se punkt 8.3 om antall medlemmer i foreninger for alternativmedisinske behandlere), vil gebyret kunne ligge på et beskjedent nivå, for eksempel 250 kroner. Driftskostnadene er anslått til 409 900 kroner per år. Utvalget foreslår at disse dekkes ved at de registrerte betaler en årlig avgift. Denne vil også være beskjeden, for eksempel 200 kroner, under den oven-

nevnte forutsetning om antall registrerte. Om økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget vises for øvrig til kapittel 16.

På bakgrunn av drøftelsen ovenfor, er utvalget kommet til at det bør opprettes et offentlig register med hjemmel i lov om helsepersonell, og registersetet bør være i Brønnøysund. I Brønnøysund føres det allerede andre offentlige registre, og det må antas at det vil ligge en ressursbesparelse i å legge et register til en allerede eksisterende organisasjon fremfor å opprette en ny. Utvalget finner det ikke naturlig å legge den type register som foreslås opprettet, til helsemyndighetene. Det vises til at vilkårene for og hensikten med registrering vil være andre enn de som gjelder ved autorisasjon av helsepersonell, og at det foreslåtte register vil være et næringslivsregister som kan passe sammen med de øvrige registrene som føres i Brønnøysund.

Etter utvalgets mening bør det stilles nærmere bestemte krav til de foreninger som vil kunne rekruttere medlemmer til et sentralt register. Den faglige delen av registeransvaret legges derved over på foreningene, mens driften av registeret blir offentlig. På denne måten kan en videreføre faggruppens yrkesfaglige autonomi samtidig som pasienten er sikret en viss minstekontroll med virksomheten til de registrerte utøvere.

15.3.3 Kriterier for å kunne bli registrert

For at en registerordning skal sikre at yrkesutøverne driver en seriøs forretningsvirksomhet, bør det stilles krav om at utøveren har tegnet ansvarsforsikring, og krav om innsending av årsoppgjør/kopi av alminnelig næringsoppgave.

Videre foreslår utvalget at det for registrering kreves at utøveren er medlem i en godkjent yrkesfaglig organisasjon. Utvalget foreslår at departementet blir godkjenningssinstans for organisasjoner/foreninger hvor medlemskap skal medføre rett til registrering. Slike foreninger kan bare godkjennes dersom foreningen selv har fastsatt nærmere bestemte krav for rett til medlemskap, herunder faglige krav. Det er opp til foreningene selv å fastsette de faglige kravene til medlemsskap, men det må fremgå av foreningens vedtekter at det stilles slike krav for medlemsskap.

Utvalget har vurdert om det ikke ville være naturlig å stille et minimumskrav i medisinske basisfag og eventuelt minimumskrav i den alternativmedisinske utdanningen, men har funnet at dette får være opp til den enkelte forening. Det kan i og for seg være en god tanke at pasientene bør sikres at de som skal behandle syke, har minstekunnskap om medisinske fag og om den behandlingsform de tilbyr. Fastsettelse av slike minstekrav ville imidlertid medføre en rekke praktiske problemer samt problemer av mer prinsipiell karakter. Registerordningen vil omfatte mange behandlergrupper. Det vil være vanskelig å fastsette utdanningskrav som passer for alle gruppene. Et krav til utdanning i medisinske basisfag på for eksempel et halvt år kan være altfor lite i forhold til enkelte behandlingsformer, og dermed gi falsk trygghet. For andre grupper vil det kanskje være unødvendig med slik utdanning. En utdanningsbasert registerordning vil kunne utelukke både utøvere med iboende evner og utøvere av nyetablerte terapier hvor det foreløpig ikke finnes organisert utdanning. Ved å overlate de faglige krav til yrkesorganisasjonene vil kravene være tilpasset de enkelte behandlergruppene. Dersom det offentlige skal fastsette faglige kvalifikasjonskrav, vil ordningen få karakter av en godkjenningsordning. Utvalget mener at det i så fall bør gjøres på en mer betryggende måte med høye faglige krav, tilsynsordning m.v., se punkt 15.4. Utvalget har således konkludert med at det ikke bør oppstilles utdanningskrav som vilkår for registrering utover de fagkrav den enkelte forening selv stiller som krav for medlemskap.

For å kunne godkjennes må foreningen videre sikre at oppstilte krav til medlemsskap etterleves. Dessuten skal medlemmene være forpliktet av foreningens

interne yrkesetiske regler. På denne måten kan taushetsplikten bli ivaretatt. Foreningen må videre ha en vedtektsfestet klagerett for pasienter på medlemmenes yrkesfaglige atferd, og det må være opprettet et yrkesetisk råd som behandler slike klager. Foreningens vedtekter må ha bestemmelser som kan utelukke medlemmer som utviser en yrkesfaglige atferd i strid med opptrukne regler og retningslinjer.

Utvalget antar videre at det bør oppstilles et krav om minste medlemstall i slike foreninger. Foreningene må ha en viss størrelse for å kunne ha betryggende disiplinærordninger og lignende. Utvalget har funnet at et minstetall her bør være 30 medlemmer. Tallet er valgt ut fra den kjennskap utvalget har til størrelsen på foreninger for alternativmedisinske behandlere, se punkt 8.3.

Utvalget har drøftet om det bør stilles andre - og strengere - krav til foreninger hvis medlemmer kan registreres, men er kommet til at foreningene bør stå fritt hva gjelder vedtekter og etiske regler for øvrig. Det skal for eksempel ikke stilles krav om at foreningen må ha opprettet et sekretariat av en viss størrelse, at den utgir eget fagtidsskrift eller medlemsblad, at den initierer en viss forskningsvirksomhet eller driver aktiv forskningsformidling, eller at den oppstiller etterutdanningskrav for fortsatt medlemsskap.

Utvalget finner heller ikke at det bør oppstilles et krav om at organisasjonene minst skal ha bestått et bestemt antall år (for eksempel fem år) før medlemmene får rett til registrering. Begrunnelsen for en registerordning er ikke å regulere organisasjonsfriheten til alternativmedisinske utøvere. De fleste foreninger vil likevel tilfredsstille slike krav når de har nådd en viss størrelse.

15.3.4 Virkninger av å være registrerte utøvere

Den foreslåtte registerordningen vil understreke den frie etableringsretten og samtidig føre til en form for anerkjennelse. Det vil videre kunne gi en viss form for tittelbeskyttelse - eller tittelenerett - ved en tilføyelse som viser at en er registrert, for eksempel «akupunktør reg.», «offentlig registrert homøopat» eller «registrert soneterapeut». Men dette vil ikke gi noen enerett på bruk av verken yrkesbetegnelsen eller terapiform(er).

Utvalget har vurdert om det kan koples rettigheter til metoder, teknikker og medikamenter slik at disse bare skal kunne utføres/ordineres av registrerte utøvere, men utvalget finner at slike rettigheter mer naturlig faller inn under spørsmålet om godkjenningsordninger. Ved at det oppstilles få krav for å kunne bli registrert, og ved at registeret vil bestå av et mangfold av yrkesutøvere og terapiformer, er det vanskelig å gi enerett eller særrettigheter til registrerte utøvere.

I forhold til personregisterloven § 9 kreves konsesjon fra Datatilsynet for å opprette personregistre. Offentlig registrering må kunne åpne for at alternativmedisinske behandlere får rett til å åpne manuelle og databaserte personregistre (journaler, kartotek) som inneholder opplysninger om helseforhold, uten konsesjon, på tilsvarende måte som godkjent helsepersonell, se punkt 10.4.4.

En offentlig registerordning kan videre åpne for drøftinger mellom foreninger og statlige myndigheter med henblikk på å klargjøre hva som er nødvendig for å oppnå godkjenning for utdanningsstøtte gjennom Statens lånekasse for studenter ved alternativmedisinske skoler (se punkt 8.2.15).

15.3.5 Utvalgets vurdering av den foreslåtte registerordning

Utvalget legger til grunn at de fleste seriøse utøvere av alternativ medisin, enten de er offentlig godkjent helsepersonell eller ikke, ønsker en form for anerkjennelse og at de dermed ønsker å stå i et register. Utvalget vil videre peke på at den kompet-

ansen disse alternativmedisinske utøvere representerer, kan bli tatt bedre vare på ved et nærmere samarbeid med det etablerte helsevesenet, se punkt 15.6. Pasienter vil trolig føle seg tryggere på å fortelle leger og annet helsepersonell at de har kontakt med en registrert alternativmedisinsk utøver. Etablert helsepersonell vil på sin side føle seg tryggere på hvilke utøvere som representerer potensielle samarbeidspartnere. På denne måten vil man lettere kunne integrere kompetansen fra ulike områder.

Fra pasientens side taler også kvalitetssikringshensyn for å opprette et register, slik at man til en viss grad beskytter pasienten mot useriøse utøvere, og derved i en viss grad mot skadelig, uforsvarlig og virkningsløs behandling, og mot økonomisk utnyttning og uforsvarlig håndtering av pasientopplysninger. Noe av hensikten bak registerordningen er at utøvere som krenker de oppstilte krav til yrkesetisk atferd i den enkelte forening, skal kunne utelukkes fra denne, og derved også fra registeret. Det samme skjer med behandlere som ikke vedlikeholder forsikringen, ikke sender inn årsoppgjør/alminnelig næringsoppgave eller ikke betaler avgift til registeret. Det er imidlertid retsteknisk vanskelig å lage en faglig fundert registerordning når det er så mange behandlingsformer, og det vil være stor variasjon i utøvernes kvalifikasjoner selv om de står i samme register.

For utøverne vil en registrering gi økt status og aksept. En slik anerkjennelse vil sannsynligvis gjøre at useriøse utøvere vil innordne seg de nødvendige kriterier for å bli registrert. Dermed oppnår man en opprydding i et i dag uoversiktlig område. Utøvere som ikke har grunnlag for å bli registrert, vil på denne måten få et redusert marked. Utvalget utelukker ikke muligheten for at de tunge, vel etablerte forbundene finner utvalgets foreslåtte krav for lite omfattende, og dermed ønsker å stå utenfor registerordningen for å markere at de har strengere krav. Slike holdninger vil eventuelt kunne avspeiles i høringsrunden.

Den foreslåtte registerordning er lite kostnadskrevende, så vel for utøverne som for staten. I samband med godkjenning av foreninger hvis medlemmer kan registreres, vil departementet påføres noe merarbeid, men neppe i en størrelsesorden som vil kreve ekstra ressurser. Godkjenningsprosedyren vil samtidig føre til noe tettere bånd mellom de alternativmedisinske miljøene og departementet, noe utvalget ser på som et gode. Registeret kan også legges til grunn for henvendelse til utøvere av alternativ medisin for eksempel i forbindelse med undersøkelser av virksomhetens omfang, de ulike behandlingstilbud, pasientsammensetning m.v. Videre kan det være naturlig å avgrense en eventuell refusjonsordning til å gjelde behandling hos utøvere som er offentlig registrert, se punkt 15.5.

Det argumentet som veier tyngst *mot* en registerordning, er at den kan skape falske forhåpninger om effekt. Det er derfor viktig å gi nøktern informasjon om registerordningens funksjon og virkemåte i samband med oppstarten av en slik, beregnet såvel på allmennheten som på potensielle pasienter, pårørende og helsearbeidere.

Et enstemmig utvalg vil på grunnlag av de vurderingene som er gjort ovenfor, gå inn for at det opprettes en offentlig registerordning som skissert. Utvalget finner at dette best kan gjøres ved at det gis påleggshjemmel til departementet i lov om helsepersonell, se punkt 15.3.6. Utvalget har som det fremgår i punkt 15.3.3, drøftet om et kriterium for registrering bør være minimumsutdanning i medisinske basisfag m.v., men forkastet dette.

15.3.6 Utkast til lovbestemmelse - ny § 78 i forslaget til ny helsepersonellov

Utvalget foreslår at den registerordning som utvalget anbefaler, hjemles i den nye helsepersonelloven. Se punkt 15.2 om utvalgets forslag om et eget kapittel 14 kalt

«Bestemmelser rettet mot andre enn helsepersonell» i forslaget til ny helsepersonellov. Bestemmelsen hører naturlig hjemme i et slikt kapittel.

Utvalget foreslår en ny § 78:

«Kongen gir forskrift om en særlig frivillig registerordning for helsepersonell og andre som tar syke i kur, og som bruker alternativmedisinske metoder.»

Utvalget finner det ikke naturlig å lovfeste detaljerte regler for registerordningen, men mener slike bør fastsettes i forskrift, se punkt 15.3.7.

15.3.7 Utkast til forskrift om en særlig registerordning for helsepersonell og andre som tar syke i kur, og som bruker alternativmedisinske metoder

Under henvisning til utkastet til hjemmelsbestemmelse om registerordning for alternativmedisinske behandlere i punkt 15.3.6, foreslår utvalget at nærmere bestemmelser om registerordningen fastsettes i forskrift som kan lyde slik:

Forskrift om en særlig frivillig registerordning for helsepersonell og andre som tar syke i kur, og som bruker alternativmedisinske metoder.

§ 1 Register

Det føres et register over helsepersonell og andre som tar syke i kur, og som bruker alternativmedisinske metoder.

Registeret føres ved Brønnøysundregistrene.

§ 2 Godkjenning av organisasjoner

Den som vil registreres, må drive virksomhet som behandler og må være medlem i en yrkesfaglig organisasjon som er godkjent av Sosial- og helsedepartementet.

Godkjenning kan bare meddeles organisasjoner som har

1. vedtekter som stiller faglige krav til medlemsskap,
2. yrkesetiske regler som er bindende for medlemmene,
3. vedtektsfestet klagerett for pasienter på medlemmenes yrkesfaglige atferd med behandling i et yrkesetisk råd og mulighet for utelukkelse av medlemmer som utviser yrkesfaglig atferd i strid med de yrkesetiske regler, og
4. minst 30 medlemmer.

§ 3 Forsikring/sikkerhetstillegg

Den som vil registreres, må ved registreringen og i hele perioden som registrert behandler ha gyldig forsikring eller sikkerhet som dekker det erstatningsansvar han eller hun kan pådra seg ved behandlingsvirksomheten. Departementet fastsetter minimumsbeløp og nærmere vilkår for forsikringen eller sikkerheten.

§ 4 Vilkår for registrering

Den som vil registreres må dokumentere at han eller hun

1. er medlem av en organisasjon som nevnt i § 2,
2. har gyldig forsikring eller sikkerhet i samsvar med § 3, og
3. drev virksomhet som behandler i det foregående år, ved dokumentasjon som nevnt i § 8.

§ 5 Meldinger

Registreringsmelding sendes på en blankett som fastsettes av departementet.

Den registrerte skal melde fra om adresseendring.

Den registrerte plikter å melde fra når vilkårene for registrering ikke lenger er til stede.

§ 6 Registreringsgebyr

For registrering betales et registreringsgebyr. Gebyrets størrelse fastsettes av departementet.

§ 7 Årlig avgift

Den som står i registeret, skal betale en årlig avgift. Avgiftens størrelse fastsettes av departementet. Det betales full avgift selv om vedkommende bare er registrert en del av året.

§ 8 Innsending av årsoppgjør/næringsoppgave

Den som står i registeret og som er selvstendig næringsdrivende, skal årlig sende inn årsoppgjør for virksomheten eller bekreftet kopi av næringsoppgave for det foregående år.

Den som står i registeret og som ikke er selvstendig næringsdrivende, skal årlig sende inn bekreftelse fra arbeidsgiver på ansettelsesforholdet.

§ 9 Frist

Fristen for betaling av avgift etter § 7 og innsending av dokumenter etter § 8 er 1. april angjeldende år.

Dersom registrering finner sted etter 1. april betales den årlige avgiften ved registreringen.

§ 10 Utelukkelse fra registeret

Dersom den registrerte ikke betaler avgift etter § 7 eller ikke sender inn dokumenter etter § 8 innen fristen i § 9, kan han eller hun utelukkes fra registeret.

Dersom den registrerte melder seg ut av eller utelukkes fra organisasjon som nevnt i § 2, utelukkes han eller hun fra registeret.

Den utelukkede kan registreres på ny dersom han eller hun dokumenterer at vilkårene for registrering igjen er oppfylt og betaler nytt registreringsgebyr.

§ 11 Tittel

Den som er registrert kan bruke betegnelsen «offentlig registrert» i tilknytning til sin yrkestittel.

§ 12 Ikrafttreden

Denne forskrift trer i kraft ...

15.4 GODKJENNINGSORDNING

15.4.1 Innledning

I punkt 15.3 har utvalget utredet og vurdert registerordning for alternativmedisinske utøvere. I dette kapitlet vil utvalget vurdere og ta stilling til en eventuell godkjenningsordning for alternativmedisinske utøvere.

Ordene registerordning og godkjenningsordning gir i seg selv liten veiledning med hensyn til innholdet av ordningene og likheter/ulikheter mellom disse. Først når det er tatt stilling til hva som skal være formålet, kriteriene for å omfattes, og virkningene av dette, vil ordenes mening bli fastlagt og ordningene gis et innhold. Utvalget forutsetter at en godkjenningsordning skal fungere annerledes enn en registerordning. Dette vil fremgå av punkt 15.3 og 15.4.

Utvalget legger til grunn at formålet med en godkjenningsordning er mer omfattende og derfor vil innebære et større offentlig engasjement, enn formålet med den omtalte registerordningen tilsier. Mens det i en registerordning først og fremst stilles krav for å bli registrert, forutsetter en godkjenningsordning statlig styring og innflytelse over de aktuelle yrkesgrupper både før og etter godkjenning. Hvis alternativmedisinske utøvere skal omfattes av en godkjenningsordning, må begrunnelsen derfor være offentlig interesse i å ivareta kvalitetsbehov og sikkerhet for pasienter. I dette ligger blant annet et krav til forutsigbarhet for pasienten i forhold til «kvalitet» i behandlingen, utøverens kvalifikasjoner og at yrkesutøvelsen skjer i samsvar med det som kan forventes utfra bruk av bestemt tittel. Med «kvalitet»

menes her at utøveren anvender metoder for diagnostisering og behandling som offentlige myndigheter anerkjenner.

Anerkjennelsen knyttes blant annet til at utøveren har en bestemt minsteutdanning i tillegg til spesifikk utdanning i de anvendte metoder. Selv om det ikke er etablert et system for at helsemyndigheter godkjenner utdanninger, vil utdanningen være et sentralt moment i vurderingen av om grupper skal få en offentlig godkjenning. Det er dermed relevant å tillegge helsemyndighetene en uttalelsesrett overfor utdanningsmyndighetene, eventuelt å fastsette kunnskapskrav for en offentlig gjennomført eksamensordning for medisinske basiskunnskaper, kjennskap til reguleringsformer, helsevesenets oppbygging og behandleretikk.

Ved godkjenningsordning kan det dermed oppnås et kvalitativt skille mellom alternativmedisinske utøvere avhengig av om de er godkjente (og «seriøse») utøvere eller ikke. En enhetlig godkjenningsordning som i tillegg gir yrkesmonopol for én gruppe ikke-autorisert helsepersonell, vil gi en situasjon som for «Heilpraktikere» i Tyskland (se punkt 10.10.5.5). Alternativt kan det åpnes for at ikke-godkjente («useriøse») utøvere får praktisere på lik linje med godkjente, såfremt en godkjenningsordning gjennomføres.

I vurderingen av en godkjenningsordning for alternativmedisinske utøvere er det viktig å understreke at ordningen ikke automatisk utløser trygderettigheter. Det er i dag ingen automatikk eller nære koblinger mellom godkjenningsordninger og refusjonsrett. Det dreier seg om to parallelle systemer som har et overlappende formål: å ivareta befolkningens behov for forsvarlig helsehjelp. De fleste offentlig godkjente helsepersonell har ingen personlig refusjonsrett i forbindelse med pasientbehandling, se punkt 10.9.2. I hovedsak er denne adgangen forbeholdt leger, psykologer, fysioterapeuter og enkelte andre yrkesgrupper etter nærmere regler. Se også punkt 15.5 hvor utvalget drøfter refusjon etter folketrygdloven i forbindelse med alternativmedisinsk behandling.

Utvalget vil vurdere om det er behov for offentlig godkjenning av alternativmedisinske utøvere. Hvis det anses å være behov for en slik ordning, må det videre tas stilling til hvilke formål og kriterier som skal legges til grunn. Det vil i så fall være aktuelt å ta stilling til om disse er sammenfallende eller forenlige med de hensyn som begrunner godkjenningsordningen for helsepersonell. Gjeldende - og foreslått - lovgivning om helsepersonell vil få betydning både for om det anses hensiktsmessig med en særskilt godkjenningsordning for alternativmedisinske utøvere, og om det er mulig, eventuelt ønskelig, å inkludere alternativmedisinske behandlere i dette systemet.

15.4.2 Behovet for godkjenningsordning - gjeldende og ny helselovgivning

I dag har vi en godkjenningsordning som omfatter 17 grupper helsepersonell. Gjennom godkjenning blir dette helsepersonell underlagt statlig styring, herunder tilsyn, ved lovgivning. Personell i helsevesenet som ikke tilhører disse gruppene, er med andre ord ikke underlagt denne lovgivning, se omtale av godkjenningsordningen i punkt 10.3.1.

Alternativmedisinske behandlere omfattes ikke av helselovgivningen. Det stilles ingen særlige krav til behandling av pasienter og pasientinformasjon utover det som følger av erstatningsretten og alminnelig og spesiell straffelovgivning. Denne gjelder imidlertid alle mennesker uavhengig av profesjon. Tilsynsmyndighetene skal heller ikke føre tilsyn og kontroll med denne gruppen.

I proposisjonen om ny helsepersonellov er det foreslått visse endringer i helsepersonellovgivningens virkeområde, noe som vil ha betydning for vurderingen av nye godkjenningsordninger. Videre er det foreslått endringer i selve godkjenning-

sordningen (som foreslås omgjort til en autorisasjonsordning). Se nærmere om forslagene i punkt 10.11.3. Som nevnt omfatter gjeldende helsepersonellovgivning i dag bare de grupper som er autorisert/offentlig godkjent. I proposisjonen er det foreslått at loven i tillegg til autorisert helsepersonell skal gjelde alt personell i helsetjenesten eller i apotek som yter helsehjelp, og elever og studenter som yter helsehjelp. Definisjonen av helsepersonell knyttes med andre ord både til om man har en offentlig godkjenning/autorisasjon og til den funksjon den enkelte har i forhold til pasienten. Konkret innebærer dette at blant annet kravet om forsvarlig behandling av pasienter og pasientinformasjon gjelder for alternativmedisinske behandlere i sykehus, kommunehelsetjenesten, tannhelsetjenesten og for utøvere som er medhjelpere til autorisert helsepersonell i privat virksomhet. Fylkeslegen og Statens helsetilsyn kan dermed føre tilsyn med disse og reagere administrativt hvis forsvarlighetskravet eller andre lovpålagte plikter ikke overholdes.

Ordningen vil ha begrenset virkning ved de grove overtredelser i de tilfeller det ikke foreligger en autorisasjon som kan tilbakekalles. Ved slike overtredelser vil det imidlertid uansett være aktuelt å vurdere beføyelser i arbeidsforholdet (som oppsigelse) eller straffereaksjoner. Helsepersonelloven hjemler straff ved kvalifiserte overtredelser av forsvarlighetskravet. Men hvis det ikke kan reageres med tilbakekall av autorisasjon, vil forutsigbarheten for pasienter og arbeidsgivere vedrørende skikkethet og bruk av titler, bli begrenset. En oppsigelse kan for eksempel innebære at vedkommende fortsetter å arbeide som helsepersonell på en annen arbeidsplass, mens et tilbakekall av autorisasjon hindrer bruk av den tittelen som ligger i autorisasjonen uansett arbeidssted. Ved vurderingen av behov for godkjenningsordning må det likevel tas hensyn til at funksjonen og definisjonen som helsepersonell innebærer at vedkommende ikke arbeider uavhengig, men under kontroll og tilsyn av en arbeidsgiver og eventuelt underlagt faglig styring og kontroll.

Alt i alt vil dermed utvidelsen av lovens virkeområde redusere behovet for godkjenning av grupper som arbeider i helsetjenesten. Spørsmålet om godkjenning vil derfor først og fremst ha aktualitet for de grupper som ikke arbeider i helsetjenesten, men som det likevel bør kunne stilles krav til og som bør følges opp av et offentlig tilsyn.

Etableringen av en registerordning som omtalt i punkt 15.3 vil bidra til en viss kontroll med dette personellet, men uten at disse omfattes av statlig tilsyn som helsepersonell eller den kvalitative kontroll som følger av en godkjenningsordning. Det er viktig å understreke at registerordningen innebærer at hovedansvaret for den faglige virksomhet ivaretas gjennom foreningenes selvregulering gjennom de krav som settes til medlemskap, den videre- og etterutdanning som organiseres og behandlingen av yrkesfaglig og yrkesetisk avvik. Registerordningen medfører ikke at det offentlige stiller kvalitative fagkrav.

I en godkjenningsordning kan slike kvalitative krav innlemmes, blant annet ved at det stilles krav til bestemt utdanning for å oppnå godkjenning. På denne måten kan utdanningsretninger innen alternativ medisin stimuleres til å bli mer ensrettet ved de kriterier som legges til grunn for godkjenning. I alle fall vil et kunnskapskrav som svarer til to til tre års felles grunnutdanning bidra til dette. Det vil føre til større forutsigbarhet, men kanskje også et mindre mangfold. Ett spørsmål er om dette er ønskelig, et annet spørsmål er om det er mulig og hensiktsmessig å finne kriterier for slik godkjenning uten at disse samtidig tilrettelegger for usaklig forskjellsbehandling og vilkårlighet. Dette vil særlig aktualiseres ved egne godkjenningsordninger for alternativmedisinske utøvere.

Videre kan en godkjenningsordning tilrettelegge for at det kan stilles mer inngående krav til yrkesutøvelsen enn det registerordningen foranlediger, som krav

til personlig og faglig egnethet, forsvarlighet m.m. Offentlig styring vil også medføre et offentlig ansvar for disse yrkesgruppene gjennom tilsyn, kontroll og sanksjonsmuligheter. En slik reguleringsform er gjennomført i Tyskland der det nærmest foreligger et yrkesmonopol for pasientbehandling for henholdsvis godkjente leger og «Heilpraktikere».

Spørsmålet blir i så fall om alternativmedisinske utøvere bør inngå i de etablerte eller foreslåtte godkjenningsordninger for helsepersonell.

15.4.3 Godkjenning/autorisasjon av alternativmedisinske utøvere som helsepersonellgruppe etter gjeldende og ny lovgivning

Gjeldende godkjenningsordning er som nevnt begrunnet i behovet for å kunne føre offentlig kontroll med helsepersonellgrupper gjennom reguleringer og tilsyn. Siden 1970-tallet er nye grupper blitt godkjent gjennom profesjonsforskrifter med hjemmel i den generelle godkjenningsloven (lov 14. juni 1974 nr. 47 om godkjenning m.v. av helsepersonell). Det gjelder blant annet radiografer, optikere m.fl. Kiropraktorer er den siste gruppen som har fått offentlig godkjenning (1990). Det vises til punkt 10.3.

Det har vært reist kritikk mot helseforvaltningen for manglende realitetsbehandling av søknader om godkjenning av nye helsepersonellgrupper, blant annet i samsvar med utviklingen i andre nordiske land. I denne forbindelse kan det anføres at det er uklart hvilke kriterier som legges til grunn for en offentlig godkjenning av nye grupper. Departementet har med andre ord få retningslinjer å holde seg til ved vurderingen av nye grupper som ønsker godkjenning.

I forslaget til ny helsepersonellov i Ot.prp. nr. 13 (1998-99) er kriterier for autorisasjon av nye grupper helsepersonell inntatt i lovteksten, se forslaget til ny § 48 fjerde ledd. Departementet kan i forskrift bestemme at andre helsepersonellgrupper enn de som følger av loven, skal gis autorisasjon etter søknad. Ved avgjørelsen skal det legges vekt på hensynet til pasientsikkerhet, innholdet i og formålet med utdanningen (krav til utdanningens innhold (seriøsitet) og til at dette innhold innebærer kvalifikasjoner til å arbeide i helsevesenet (i motsetning til for eksempel arbeid i sosialvesenet)), i hvilken utstrekning yrket utøves selvstendig, og harmonisering med andre land. I det sistnevnte kriteriet er det særlig tatt hensyn til Norden som felles arbeidsmarked både faktisk og formelt, slik at uhensiktsmessige hindringer for denne utveksling fjernes. Det er derfor opprettet en nordisk avtale om helsepersonell som skal kompensere for de problemer ulike godkjenningsordninger kan innebære. EU/EØS-regelverket inneholder også bestemmelser om gjensidighet i forbindelse med godkjenning av grupper på samme utdanningsnivå, se om dette under punkt 10.3.2.3.

Den foreslåtte ordningen innebærer at grupper av alternativmedisinske behandlere etter søknad kan vurderes autorisert etter helsepersonelloven. I motsetning til tidligere vil helseforvaltningen være pålagt å ta stilling til disse søknadene etter de nevnte kriterier.

Noen medlemmer (Bjørndal, Bruset, Christie, Grini, Guttormsen, Ingstad og Pedersen) mener at en offentlig godkjenning er et mål og bør fremskyndes for enkelte av de etablerte grupper alternativmedisinske behandlere. Disse medlemmene ser at det er opp til de statlige helsemyndigheter å foreta den nødvendige saksbehandling etter gjeldende regler, men anbefaler at dette skjer i kontakt med de aktuelle alternativmedisinske miljøer.

Andre medlemmer (Befring, Braut, Fønnebø, Halvorsen, Risberg, Rygh, Syse og Aarbakke) vil påpeke at utvalget ikke ble nedsatt for å vurdere hvordan søknader om å bli godkjent eller autorisert helsepersonell i dag blir behandlet, eller for

fremtiden bør behandles. Disse medlemmene vil videre påpeke at det i forslag til ny helsepersonellov er åpnet for autorisasjon av nye helsepersonellgrupper. Disse medlemmene vil understreke at det må være de statlige helsemyndigheters ansvar, innenfor de lovopptrukne rammer, å vurdere og avgjøre slike søknader. Disse medlemmene mener at det må være opp til myndighetene å foreta den nødvendige saksbehandling, og disse medlemmene mener at utvalgets arbeid ikke kan legge føringer verken på saksbehandlingsmåte eller hvilke grupper av alternative utøvere som bør særskilt vurderes for autorisasjon.

15.4.4 Om særskilte godkjenningsordninger for alternativmedisinske utøvere

En særskilt godkjenningsordning for alternativmedisinske behandlere må begrunnes i at det foreligger særegne interesser og behov som ikke tilsier en innlemming i eksisterende og foreslått godkjenningsordning etter helsepersonelloven. Når forståelsesrammen og behandlerfilosofien ved enkelte terapiformer bryter fundamentalt med den skolemedisinske tankegang, kan dette føre til at det opprettes parallelt fungerende medisinske systemer, slik situasjonen er blant annet i Tyskland, India og Kina. En særlig godkjenningsordning må da baseres på en felles grunnutdanning i medisinske fag, kjennskap til helsevesenets oppbygging og funksjon, yrkesetikk og lovverk, for å sikre grunnlag for samhandling med helsevesenet og sikkerhet for hvilke pasienter som bør henvises dit.

Idet samfunnet på denne måten ikke bare åpner for alternativmedisinsk behandling, men også aktivt støtter og godkjenner alternativmedisinsk virksomhet, mener utvalget at behovet for - og innholdet i - en slik godkjenningsordning bør vurderes særskilt i høringsrunden.

Er det grunnlag for å gå videre med tanken om et alternativmedisinsk yrkesmonopol for godkjente utøvere, jf. den tyske «Heilpraktiker»-ordningen (se punkt 10.10.5.5), bør kravene til utdanning, varighet av denne, eksamensform, konsekvenser av godkjenning i forhold til ansvars-, tilsyns- og straffebestemmelser, hensiktsmessigheten av å gruppere sammen høyst ulike terapiformer m.v., utredes særskilt.

Et enstemmig utvalg legger til grunn at de samme hovedkriterier bør gjøres gjeldende ved autorisasjon av alternativmedisinske behandlere som for helsepersonellgrupper for øvrig, og at det dermed er lite hensiktsmessig å foreslå en særskilt godkjenningsordning for alternativmedisinske behandlere. Grupper innen alternativ medisin bør etter utvalgets oppfatning fortrinnsvis vurderes i forhold til godkjenningsordningen for helsepersonell. Utvalget mener derfor det ikke er nødvendig eller hensiktsmessig med en særskilt godkjenningsordning for alternativmedisinske utøvere. I denne sammenhengen legges det også til grunn at en særskilt godkjenningsordning for alternativmedisinske behandlere kan skape uklarhet og forvirring. Den vil videre understøtte forståelsen av at det foreligger et statisk og skarpt skille mellom ulike grupper utover det som vil følge av krav til utdanning, dokumentasjon, vitenskap og seriøsitet. Det vises også til at kiropraktorer er en offentlig godkjent helsepersonellgruppe etter gjeldende lovgivning. Utvalget er kjent med at andre faggrupper blant dagens alternativmedisinske utøvere ønsker slik godkjenning.

Et flertall av utvalgets medlemmer (Befring, Bjørndal, Braut, Christie, Fønnebø, Guttormsen, Halvorsen, Mestad, Risberg, Rygh, Syse og Aarbakke) vil understreke at de primært ønsker en registerordning basert på foreningsautonomi og uten offentlige krav til utøvernes kompetanse, se punkt 15.3. Dersom det foreslås å stille krav til utøvere om en bestemt utdanning for å komme inn i registeret, vil en

slik registerordning bli en form for godkjenningsordning, men uten tilstrekkelige krav for å kunne gi et «offentlig godkjent»-stempel. Et slikt godkjennings-«light»-arrangement vil i realiteten være mer villedende enn veiledende, om det er pasientenes trygghet som skal settes i fokus. Et halvt (eventuelt ett) års utdanning i medisinske fag er ikke tilstrekkelig for akupunktører, homøopater m.v. for å diagnostisere pasienter som bør henvises til helsevesenet, og vil derved gi en «falsk sikkerhet». For utøvere av andre behandlingsformer (krystallterapi, musikkterapi m.v.) vil slik utdanning være unødig. De medisinske fagkrav for medlemsskap i foreningene som organiserer homøopater, osteopater, akupunktører m.v. går allerede i dag langt videre enn hva kravene til en felles medisinsk minsteutdanning eventuelt ville medføre.

Disse medlemmer ønsker derfor, hvis registerordningen blir utfylt med medisinske fagkrav og derved endrer karakter, at behovet for en separat godkjenningsordning med eller uten yrkesmonopol blir utredet. Primært ønsker de en «ren» registerordning i tråd med utvalgets flertallsforslag og ingen særlig godkjenningsordning. Dette gir nå et tilstrekkelig rettslig grunnlag for alternativmedisinsk virksomhet.

15.5 REFUSJON FRA FOLKETRYGDEN TIL PASIENTER VED BEHANDLING HOS UTØVER AV ALTERNATIV MEDISIN

15.5.1 Innledning

Refusjon fra folketrygden ved behandling er en av de ordninger som er fastsatt for offentlig tilskudd til å dekke befolkningens behov for helsehjelp. Reglene for refusjon av utgifter til medisinsk behandling er fastsatt i folketrygdloven "[Alternativmedisinske helse-, sykdoms- og forklaringsmodeller](#)" i kapittel 5 med tilhørende forskrifter. Det er redegjort for ordningen med refusjon fra folketrygden i punkt 10.9.2. Som det fremgår er refusjon begrenset til visse typer behandling utført av visse typer helsepersonell ved nærmere bestemte sykdommer eller tilstander, og refusjonen er i de aller fleste tilfelle bare delvis.

Det kan i dag søkes refusjon for behandling hos følgende grupper autorisert helsepersonell: lege, psykolog, fysioterapeut, kiropraktor, logoped og audiopedagog. Vilklarene for og graden av refusjon varierer.

Leger må som hovedregel ha avtale om driftstilskudd med kommunen eller fylkeskommunen for at pasienten skal få refusjon. Det samme gjelder psykologer og fysioterapeuter. Det inngås et begrenset antall slike avtaler ut fra antatt behov i de ulike distrikter.

Den mest generelle refusjonsretten gjelder behandling hos lege. For behandling hos psykolog utover tre undersøkelser/samtaler kreves henvisning fra lege eller barnevernsadministrasjonens leder. For de øvrige nevnte helsepersonellgrupper kreves henvisning fra lege og at behandlingen må være av vesentlig betydning for pasientens sykdom og funksjonsevne.

Det er fastsatt detaljerte regler for satser og egenandeler. For leger og fysioterapeuter er det omfattende regler med differensiering etter tilstand og behandlingstilstand. For behandling hos kiropraktor er refusjonssatsen for tiden 35 kroner per behandling, og det er fastsatt en grense på 10 behandlinger per år, eller maksimalt 14 etter begrunnet søknad fra kiropraktoren. Denne refusjonssatsen er foreslått øket til 40 kroner fra 1. januar 1999. I tillegg til refusjon av behandlingsutgiften (eller normalt en del av denne), dekkes nødvendige reise- og oppholdsutgifter etter nærmere regler.

Ordningen med refusjon fra folketrygden av behandlingsutgifter har flere formål, som for eksempel geografisk og sosial utjevning av muligheten til å motta behandling. Refusjon er begrenset til de typer behandling som anses mest nødvendig, og delvis til visse sykdommer eller tilstander, og i hovedsak til behandling hos helsepersonell med avtale med kommune eller fylkeskommune. Refusjonsordningen er et helsepolitisk virkemiddel, blant annet for å styre hvor helsepersonell praktiserer slik at helsetjenester blir tilgjengelige i hele landet. Dette er tydeliggjort blant annet ved de siste begrensninger i refusjonsretten som ble innført fra 1. juli 1998, hvorefter refusjon som hovedregel ikke lenger gis ved behandling hos helsepersonell uten avtale, men som hadde etablert virksomhet før 10. oktober 1992.

I punkt 15.5.2 og 15.5.3 omtales argumenter for og imot innføring av en refusjonsordning for behandling hos utøver av alternativ medisin. I 15.5.4 redegjøres for utvalgets vurderinger og forslag.

15.5.2 Argumenter for refusjon

Ett argument for å innføre refusjon av behandling hos utøvere av alternativ medisin, er at dette vil bidra til økonomisk likestilling av pasienter som søker hjelp i det etablerte helsevesen og pasienter som søker hjelp hos alternativmedisinsk behandler. Det kan virke urimelig eller urettferdig at mennesker som føler at de får bedre hjelp hos alternativmedisinske behandlere enn i helsevesenet, må betale hele kostnaden selv. I strøk med lange avstander er refusjonsretten dessuten av stor betydning for muligheten til å oppsøke behandler, idet refusjonen også omfatter reise- og oppholdsutgifter. Dersom det innføres refusjonsordning i forbindelse med alternativmedisinsk behandling, vil pasientene stå friere til å velge den type behandling de ønsker.

Ut fra spørreundersøkelser virker det som en stor andel av befolkningen ønsker at behandling hos utøver av alternativ medisin skal refunderes. I 1997 svarte 70 prosent av alle spurte at en del av utgiftene ved alternativmedisinsk behandling bør refunderes. Se nærmere om dette i punkt 7.2.10.1.

15.5.3 Argumenter mot refusjon

Argumentene mot refusjon av behandling hos alternativmedisinsk utøver, er dels av prinsipiell karakter og dels av praktisk karakter.

Ett argument mot innføring av refusjon er den lave grad av dokumentert effekt, se kapittel 13. Det er viktig å generere mer kunnskap om behandlingsformene og deres effekt og bivirkninger, før man tar i bruk et så kraftig og direkte virkemiddel som refusjon til pasient ved behandling. Det forhold at det ikke foreligger vitenskapelig dokumentasjon for effekten av en del skolemedisinske tiltak som det gis trygderefusjon for, er intet argument for å utvide refusjonsordningen til å omfatte flere svakt dokumenterte behandlingsformer.

Til likestillingsargumentet kan bemerkes at det heller ikke ved behandling hos autorisert helsepersonell ytes refusjon etter folketrygdloven i alle sammenhenger. Det finnes refusjonsordninger bare for noen av helsepersonellgruppene, og med atskillige begrensninger av ulikt slag, se punkt 10.9.2 og punkt 15.5.1. Til voksne pasienter ytes for eksempel ikke refusjon ved ordinær tannlegebehandling.

Innføring av refusjon for flere typer behandling vil øke det offentlige utgifter i helsesektoren. Om det offentlige skal bruke mer penger på alternativ medisin, bør det fortrinnsvis kanaliseres til informasjons- og forskningstiltak og tiltak som bedrer samarbeidet mellom det etablerte helsevesen og alternativmedisinske behandlere, se punkt 15.6.

Det er vanskelig å anslå utgiftene ved en refusjonsordning for alternativmedisinsk behandling, men utvalget antar at de rene refusjonsutgiftene vil utgjøre om lag 100 millioner kroner på årsbasis. Som grunnlag for anslaget legger utvalget til grunn at minst 11 prosent av befolkningen på årsbasis oppsøker alternativmedisinsk behandler, se punkt 7.2. Nesten to tredjedeler av dem som hadde vært hos alternativmedisinsk behandler siste år, hadde vært det tre ganger eller mer. Dersom det legges til grunn at rundt halvparten av disse pasientene, 225 000 personer, ville fått henvisning til alternativmedisinsk behandler fra lege med rett til refusjon, og at hver av disse pasientene ville få ti behandlinger med refusjon i løpet av ett år, ville det samlede refusjonsbeløp utgjøre 78 750 000 kroner per år med en refusjonssats på 35 kroner per konsultasjon (tilsvarer nåværende sats for kiropraktorbehandling). I tillegg kommer reise- og oppholdsutgifter i forbindelse med behandlingen. I 1997 var det offentliges utgifter til refusjon ved kiropraktorbehandling 8 439 000 kroner. Det er vel 200 godkjente kiropraktorer. Dersom man regner med at antallet alternativmedisinske behandlere er cirka 2 500 (se punkt 8.3), gir dette en antydning om at utgiftene til refusjon vil kunne bli i størrelsesorden opp mot 100 millioner kroner per år (eksklusive reise- og oppholdsutgifter). I tillegg kommer som nevnt både reise- og oppholdsutgifter for pasientene. Dessuten vil ordningen nødvendigvis kreve en del administrative ressurser i trygdeetaten, selv om ordningen eventuelt gjøres like lite skjønnsmessig som den som gjelder for kiropraktorbehandling.

Enkelte medlemmer (Halvorsen, Mestad og Rygh) bemerker at omkostningene i seg selv ikke er noe godt argument mot refusjonsordninger, men at det er bruken av offentlige midler til dårlig dokumenterte tiltak som må være det tungtveiende argument.

Praktisk sett vil innføring av refusjon medføre mange og vanskelige avgrensingsproblemer. Det må fastsettes detaljerte regler for hvilke(n) type(r) behandling som skal kvalifisere til refusjon, og under hvilke forutsetninger. Det vil oppstå spørsmål om hvilke behandlingsformer som skal omfattes, og hvilke typer sykdom eller tilstand pasient må lide av. Det vil være vanskelig å innføre en refusjonsordning med spesielle vilkår som tilsier at trygdekontoret må utvise diskresjonært skjønn for eventuelt å innvilge delvis refusjon av behandlingsutgifter. Det vil eventuelt også måtte tas stilling til hvilke utøvere pasienten må gå til for å få refusjon ved de ulike typer behandling. Med den faglige og utdanningsmessige heterogeniteten som den foreslåtte registerordning åpner for, vil det være vanskelig å legge denne til grunn for en hensiktsmessig refusjonsordning. Man bør neppe innføre en refusjonsordning der samfunnet ikke har noen form for kontroll med behandlerens kvalifikasjoner, og heller ikke noe faglig tilsyn med virksomheten.

15.5.4 Utvalgets vurderinger

Utvalgets flertall vurderer spørsmålet om innføring av refusjonsordninger slik at det vil innebære så store avgrensingsproblemer og binde opp så store beløp som kan brukes på mer hensiktsmessige måter, at flertallet ikke vil gå inn for slik innføring. Flertallet mener at det bør kunne ytes tilskudd til alternativmedisinsk behandling i særlige tilfeller, ikke som en lovbestemt refusjonsordning, men etter andre former for tilskuddsordninger. Det vil for eksempel kunne være aktuelt med tilskudd til pasient eller utøver i særlige situasjoner der alternativmedisinsk utøver er nærmeste behandlingstilbud og slik behandling er tilrådt av lege. Det vises til punkt 14.3 og punkt 15.6 om tilskudd til forsøksordninger og samarbeidsprosjekter.

Et mindretall (Grini, Guttormsen, Ingstad og Pedersen) ønsker å åpne muligheten for at pasienter som søker alternativmedisinsk behandling skal kunne få refusjon fra folketrygden, se de argumenter som er nevnt i punkt 15.5.2.

Disse medlemmene foreslår at det tas inn en bestemmelse i folketrygdloven § 5-9 a som lyder slik:

«§ 5-9 a Behandling hos utøver av alternativ medisin

Trygden yter stønad til dekning av utgifter til behandling hos offentlig registrert utøver av alternativ medisin.

Det er et vilkår for rett til stønad at det er opprettet et samarbeid mellom lege og offentlig registrert alternativmedisinsk behandler, og at man erfarer at den alternativmedisinske behandlingen har positiv innvirkning på medlemmets helse og helbred. Behandlingen må være av vesentlig betydning for vedkommendes funksjonsevne. Stønad ytes til videre behandling i det omfang legen anser nødvendig.

Stønaden ytes etter faste satser.

Departementet gir forskrifter om stønad etter denne paragraf.»

Dette mindretallet vil også peke på at dersom grupper av alternativmedisinske behandlere godkjennes som helsepersonell etter helsepersonelloven, vil det være naturlig å vurdere om det bør innføres refusjonsordninger for behandling hos disse gruppene helsepersonell. Det synes i så fall aktuelt å innføre refusjon på samme vilkår som for kiropraktorbehandling. For at behandling hos offentlig godkjente alternativmedisinske utøvere skal refunderes fra folketrygden, må det i så fall foreligge henvisning fra lege. Det vil også være naturlig å sette begrensninger i forhold til diagnose og behandlingsform som det gjøres for andre helsepersonellgrupper og behandlingsformer (lege, fysioterapeut, medisiner på blå resept osv.). I tillegg til de tilfeller som faller inn under disse bestemmelsene, mener mindretallet at det bør kunne gis refusjon på samme vilkår som mindretallet foreslår for offentlig registrerte alternativmedisinske utøvere i samarbeid med lege, der hvor behandlingen viser seg å ha positiv innvirkning på pasientens helse. Mindretallet vil understreke at man ønsker kontakt mellom pasient, lege og alternativmedisinsk behandler i forbindelse med vurderingen av om vilkårene i den foreslåtte bestemmelse er oppfylt.

Flertallet (utvalgets øvrige medlemmer) er som nevnt mot en slik refusjonsordning, men vil likevel påpeke at dersom det først skal innføres trygderefusjon, bør kriteriene for støtte være mindre skjønnspreget enn i mindretallets forslag til lovbestemmelse. Kriteriet »... erfarer at den alternativmedisinske behandling har positiv innvirkning på medlemmets helse og helbred» er for upresist og innebærer en vanskelig skjønsmessig vurdering. Flertallet vil samtidig understreke at dersom lovgiver ønsker innført en refusjonsordning, finnes det ikke saklig grunnlag for at denne bør avvike vesentlig fra refusjonsordningen som er vedtatt for behandling hos fysioterapeuter (hvor støtte dessuten er avhengig av at fysioterapeuten har kommunal avtale) og kiropraktorer. Flertallet foreslår derfor at en eventuell ny § 5-9 a i folketrygdloven - under forutsetning av at det skal innføres en refusjonsordning - lyder slik:

«§ 5-9 a Behandling hos utøver av alternativ medisin

Trygden yter stønad til dekning av utgifter til behandling hos offentlig registrert utøver av alternativ medisin.

Det er et vilkår for rett til stønad at medlemmet er henvist fra lege. Behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets funksjonsevne.

Stønaden ytes etter faste satser.

Departementet gir forskrifter om stønad etter denne paragrafen.»

Enkelte medlemmer (Bjørndal, Christie, Halvorsen og Rygh) bemerker at vilkåret for om en behandlingsform skal utløse trygderefusjon, prinsipielt bør knyttes til behandlingens effekt og nytte. Disse medlemmer mener altså at refusjon ikke skal ytes til yrkesgrupper eller profesjoner, men for dokumentert effektive og nyttige behandlingstiltak som utføres av dertil kompetent personell. Departementet må derfor føre en løpende diskusjon om hvilke behandlingsformer som tilfredsstiller de

krav som må settes til dokumentasjon av effekt og nytte, og justere reglene når det er nødvendig.

15.6 FORSLAG TIL ANDRE VIRKEMIDLER ENN RETTSLIG REGULERING

15.6.1 Innledning

Tidligere i dette kapitlet har utvalget foreslått endringer i den rettslige regulering av alternativ medisin. Dette omfatter endringer i de strafferettslige begrensninger i adgang til å ta syke i kur (se punkt 15.2.3), innføring av lovregulert taushetsplikt for alternativmedisinske utøvere (se punkt 15.2.4) og etablering av en frivillig registerordning (se punkt 15.3). Her foreslås andre virkemidler enn rettslig regulering.

Utvalget mener at de virkemidler som tas i bruk bør først og fremst ta sikte på å

- øke kunnskapen om alternativ medisin i helsevesenet og befolkningen
- styrke forskningen om alternativmedisinske behandlingsmetoder, virkningsmekanismer og effekter
- sette i gang enkeltstående samarbeidsprosjekter mellom alternativmedisinske behandlere og det etablerte helsevesen

I kapittel 14.3 er en rekke mulige virkemidler beskrevet. Her omtales kort de forslag utvalget mener bør gjennomføres.

15.6.2 Informasjon og forskning

I kapittel 13 og punkt 14.3 pekes det på behovet for forskning og systematisk informasjonssamling når det gjelder alternativ medisin. Utvalget mener det kan være behov for at informasjon om alternativ medisin samles og gjøres tilgjengelig for befolkningen. Det bør derfor opprettes en «informasjonsbank» i offentlig regi som beskrevet i punkt 14.3.2.1. Denne bør ha oversikt over hvilke alternativmedisinske behandlingsformer som utøves i Norge, hva behandlingsformene går ut på, hvilken forskning som er utført med hensyn til effekt og bivirkninger av de forskjellige behandlingsformene, utdanningstilbud, og hvem som kan gi ytterligere informasjon om behandlingsformene og utøverne av disse. Denne informasjonsenheten kan enten være underlagt Sosial- og helsedepartementet, eller legges ved, eller i tilknytning til, et forskningssenter.

Utvalget foreslår at de sentrale helsemyndigheter tar et visst ansvar for å gi befolkningen nødvendig informasjon om alternativ medisin.

Utvalget foreslår at det tilrettelegges for et vitenskapelig forskningsmiljø innen alternativ medisin. Det kan skje i form av et eget senter eller institutt for alternativmedisinsk forskning ved et universitet. Som et ledd i dette bør det også vurderes å opprette et professorat og forskerutdanning (doktorgradsstudium) i alternativ medisin. Et forskningssenter for alternativ medisin kan også fungere som et kompetansesenter for andre som driver forskning i alternativ medisin. Et kompetansesenter skal blant annet gi faglig støtte og mulighet for andre enn de som er direkte tilknyttet senteret, til å bli oppdatert om den forskning som gjøres på området.

Utvalget foreslår at forskningsinnsatsen innen alternativ medisin økes, men uten at kravene til vitenskapelighet svekkes.

Utvalget foreslår at det tilrettelegges for komparative studier og for prosjekter som kan bidra til samarbeid mellom utøvere av alternativ medisin og skolemedisin. Det bør vurderes nærmere hvordan ressurser til forskning og samarbeidsprosjekter skal fordeles. I denne sammenhengen kan det være aktuelt å tildele det foreslåtte

senter/institutt for alternativmedisinsk forskning en funksjon, eventuelt i samarbeid med Norges forskningsråd.

15.6.3 Opplæring og utdanning

Utvalget foreslår tiltak innen opplæring og utdanning.

Offentlig finansierte skolemedisinske utdanninger bør sørge for å ha en viss informasjon og kunnskap om alternativ medisin som på generell basis kan formidles i undervisningen. Hensikten er å gi fremtidig helsepersonell en viss innsikt i alternativmedisinske behandlingsformer og deres effekt, men ikke opplæring med sikte på å utføre slik behandling. Dette kan ha betydning blant annet for kommunikasjonen med pasienter som også benytter, eller vurderer å benytte alternativmedisinske behandlingstilbud. Hvilket omfang slik informasjon skal gis, må vurderes konkret etter avveining mot andre fagområder, nytte m.v. Den foreslåtte informasjonsenhet vil gjøre slik informasjon lettere tilgjengelig for høyskoler og universitet.

Utvalget foreslår at det ved skolemedisinske utdanningsinstitusjoner tilrettelegges for opplæring i visse metoder som viser seg å ha dokumentert eller mulig dokumentert effekt, og som ønskes av befolkningen. Dette vil kunne være aktuelt for de grupper av helsepersonell som kan ha nytte av disse metodene.

En evaluering av alternativmedisinske utdanninger med sikte på offentlig innsats og styring, vil kreve en særskilt utredning. I den sammenhengen kan det også være aktuelt å vurdere offentlig støtte og studiefinansiering.

15.6.4 Organisering og samarbeid

Utvalget foreslår at sentrale helsemyndigheter tar et større ansvar enn i dag for å bygge opp kunnskap om alternativ medisin. Denne kunnskapen kan danne grunnlag for samarbeid mellom alternativmedisinske utøvere og helsevesenet.

Utvalget foreslår at samarbeid mellom skolemedisin og alternativ medisin må baseres på frivillighet.

Som det fremgår i punkt 14.3 kan slikt samarbeide tilpasses lokale forhold og behov. Utvalget vil også oppfordre kommuner eller fylkeskommuner til å organisere samarbeidsprosjekter som gjøres til gjenstand for evaluering. Det kan f.eks. være tilbud til pasienter i sykehjem eller sykehus om tiltak for lindring og velvære, eventuelt ved «grønne paviljonger» som beskrevet i punkt 14.3.3.2. Slike tilbud kan gis i sykehus, sykehjem, psykiatriske klinikker og lignende.

Utvalget foreslår at det på sentralt hold avsettes midler til slike prosjekter som dels kanaliseres gjennom, eller brukes av, kommuner og fylkeskommuner, og dels fordeles av Sosial- og helsedepartementet etter søknad fra skolemedisinske og alternativmedisinske utøvere som ønsker støtte til nærmere beskrevne samarbeidsprosjekter.

Videre vil utvalget foreslå at det i større grad enn i dag legges til rette for at pasienter som ønsker helsehjelp av alternativmedisinsk utøver mens de er innlagt i institusjonen, gis anledning til det.

15.6.5 Forvaltningsansvar for alternativ medisin

De virkemidlene utvalget foreslår, må initieres av departementet. Midler må bevilges over statsbudsjettet.

I tillegg til igangsetting av tiltak, foreslår utvalget at enkelte godkjennings- og fordelingsoppgaver legges til departementet. Dette gjelder godkjenning av foreninger for alternativmedisinske utøvere som grunnlag for registrering i det reg-

ister utvalget foreslår opprettet, se punkt 15.3. Videre bør departementet fordele midler til samarbeidsprosjekter og ymse tiltak, se punkt 15.6.4. Det samme gjelder ansvaret for informasjon om alternativ medisin til befolkningen.

15.6.6 Kostnader og økonomi

Gjennomføring av de tiltakene utvalget her foreslår, vil kreve at det avsettes midler. Utvalget foreslår at det avsettes i størrelsesorden 100 millioner kroner over en femårsperiode. Disse midlene foreslås fordelt på følgende måte:

- midler til opprettelse av et senter for alternativmedisinsk forskning, herunder midler til bibliotek og til kunnskapsformidling
- midler til forskning - tildeles senter for alternativmedisinsk forskning og gjennom Norges Forskningsråd
- midler til ymse tiltak, forsøksordninger og prosjekter - tildeles etter søknad gjennom Sosial- og helsedepartementet.

Sosial- og helsedepartementet må vurdere hvordan disse tre områder skal prioriteres innenfor det beløp som bevilges, og departementet bør fastsette retningslinjer for hvordan midlene skal brukes. Departementets egne kostnader vil også kunne øke noe som følge av de oppgaver som legges til departementet. Disse forutsettes dekket av det foreslåtte beløp.

KAPITTEL 16

Økonomiske og administrative konsekvenser av utvalgets forslag

Utvalget foreslår endringer i den strafferettslige regulering (se punkt 15.2) av alternativmedisinsk virksomhet. Utvalget legger til grunn at antall saker om alternativ medisin til behandling hos fylkesleger, Statens helsetilsyn og hos politi, påtalemyndighet og domstoler ikke vil endres vesentlig som følge av de foreslåtte lovendringene. Endringene antas ikke å ha verken administrative eller økonomiske konsekvenser.

Utvalgets forslag til registerordning for utøvere av alternativ medisin (se punkt 15.3) vil medføre utgifter til oppstart (prosjektkostnader) og drift. Brønnøysundregistrene har i brev til utvalget uttalt at et register som foreslått vil passe inn i forhold til de øvrige registrene de allerede er registerfører for. Utvalget foreslår derfor at registerføring legges til Brønnøysundregistrene. Brønnøysundregistrene har på anmodning fra utvalget beregnet utgiftene ved ordningen. Prosjektkostnadene er beregnet til 575 400 kroner, inklusive utgifter til 1,3 årsverk (engangsinnsett) til utvikling og prosjektadministrasjon. Driftskostnadene er beregnet til rundt 410 000 kroner per år, inklusive 0,6 årsverk per år til saksbehandling. Informasjonskostnader er ikke inkludert i overslaget fra Brønnøysundregistrene. Utvalget anslår at det bør brukes i størrelsesorden 100 000 kroner til informasjon om ordningen.

Som det fremgår i punkt 15.3, foreslår utvalget at prosjektkostnadene i første omgang dekkes av staten, men eventuelt kan søkes dekket ved et gebyr ved første gangsregistrering, for eksempel i størrelsesorden 250 kroner. De anslåtte prosjektkostnadene vil da være dekket inn dersom rundt 2 300 utøvere lar seg registrere. Ved 2 700 registrerte utøvere vil også informasjonskostnadene være dekket inn. Man har ikke sikre holdepunkter for å anslå hvor mange som vil la seg registrere, men ut fra antall medlemmer i foreninger for alternative utøvere, kan anslås at antall registrerte utøvere blir i størrelsesorden 2 000-3 000. Utvalget foreslår også at driftsutgiftene dekkes av de registrerte gjennom en årlig avgift. Avgiften kan fastsettes til for eksempel 200 kroner dersom antall registrerte blir som antydnet ovenfor. Et engangsgebyr og en årlig avgift av en slik størrelse vil ikke være noen økonomisk belastning av vesentlig betydning for den enkelte utøver.

En administrativ konsekvens vil være at Brønnøysundregistrene må opprette stillinger for å få utført det nevnte utviklingsarbeid (1,3 årsverk) og saksbehandling (0,6 årsverk per år). Idet registeret synes å passe inn sammen med Brønnøysundregistrenes øvrige virksomhet, antas ordningen ikke å ha administrative konsekvenser for øvrig.

Utvalget anslår at registerordningen maksimalt vil medføre en belastning for det offentlige på 400 000 kroner første år, og 200 000 kroner de etterfølgende år dersom færre utøvere enn antatt ønsker å la seg registrere. Disse midlene kan da dekkes av fellespotten foreslått under punkt 15.6.

Som det fremgår av punkt 15.4 legger utvalget til grunn at søknader om godkjenning av alternativmedisinske yrkesgrupper vil bli behandlet av helsemyndighetene etter ny lov om helsepersonell m v. Utvalget kommer ikke med forslag på dette punkt som medfører økonomiske eller administrative konsekvenser ut over det som følger av regjeringens lovforslag. Når det gjelder spørsmålet om en særlig godkjenningsordning for alternativmedisinske behandlere, anbefaler utvalget at dette utredes særskilt dersom det, i motsetning til hva utvalget finner, er grunnlag for å gå videre med en slik tanke. En slik eventuell utredning må i så fall omfatte utredning

av de økonomiske og administrative konsekvenser. Det samme er tilfelle for konsekvensene av en eventuell utvidelse av virkeområdet for Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) dersom en slik utvidelse skal utredes.

Som det fremgår i punkt 15.5 foreslår utvalgets flertall ikke at det innføres refusjonsordninger gjennom folketrygden for alternativ medisin. De administrative og økonomiske konsekvenser av mindretallets forslag er derfor ikke utredet nærmere. Disse utgiftene kan eventuelt best utredes av Rikstrygdeverket.

Utvalget foreslår, som det viktigste kostnadskrevende tiltaket, at det settes av et beløp på 100 millioner kroner over en femårsperiode til andre virkemidler enn rettslig regulering, se punkt 15.6. Fordelingen av midlene foreslås forestått av Sosial- og helsedepartementet, som også vil ha det administrative ansvaret for øvrige offentlige oppgaver i forhold til alternativmedisinsk virksomhet. Deler av midlene foreslås fordelt til enkeltprosjekter etter søknad. Utvalget har ikke beregnet de økonomiske eller administrative konsekvenser som vil være forbundet med de enkelte tiltak. Utvalget legger til grunn at departementet kan utføre fordelingsoppgaven med en mindre økning i bemanningen innenfor de nåværende organisasjonssammene, eller med mindre endringer i disse. De økonomiske og administrative konsekvensene av de oppgaver som foreslås lagt til departementet antas således å ville være relativt beskjedne. Deler av disse forvaltningsutgiftene må dekkes av den øremerkede «potten» på 100 millioner kroner. Herunder vil det også inngå midler som i dag bevilges særskilt (for eksempel forskningsbevilgning, for tiden 2 millioner kroner per år).

I utvalgets mandat punkt 9 heter det at ett av forslagene skal innebære redusert eller uendret ressursbruk. Som det fremgår ovenfor, er det bare forslaget om andre tiltak enn rettslig regulering som vil være kostnadskrevende. Forslaget om endringer i strafferettslig regulering anslås ikke å innebære økte kostnader, mens registerordningen foreslås gjort selvfinansierende. Utvalgets forslag som innebærer uendret ressursbruk, er å gjennomføre de to nevnte rettslige tiltak, men å ikke øke bevilgningene til andre tiltak vedrørende alternativ medisin som foreslått i punkt 15.6. Utvalget understreker at dette er et subsidiært forslag.

KAPITTEL 17

**Merknader til de enkelte bestemmelser i utvalgets
lovutkast**

Merknader til utvalgets utkast til lov om endringer i lov om helsepersonell m v (jf. lovforslag i Ot.prp. nr. 13 for 1998-99)

1. Opphevelse av kvaksalverloven

Utvalget foreslår at lov 19. juni 1936 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur (kvaksalverloven) oppheves. Begrunnelsen for dette fremgår i punkt 15.2.1. Strafferettslige bestemmelser om adgang for andre enn helsepersonell til å ta syke i kur, foreslås tatt inn som et eget kapittel i forslaget til ny helsepersonellov.

2. Endring i forslag til ny helsepersonellov

Utvalget har funnet det riktig å foreslå endringer i et nylig fremlagt forslag til ny helsepersonellov. Den videre saksgang vil derfor avgjøre om slike forslag eventuelt vil bli innarbeidet i samband med Stortingets lovbehandling som forventes våren 1999, eller om forslagene eventuelt vil bli behandlet senere som forslag til endringer i en allerede vedtatt lov. I det videre legges forslagene frem i en form som gjør at de eventuelt kan behandles allerede i samband med lovbehandlingen våren 1999.

I lov xx.xx 1999 nr. yy om helsepersonell m v, eventuelt i lovforslaget i Ot.prp. nr. 13 (1998-99), gjøres følgende endringer:

§ 2 nytt annet ledd skal lyde:

Bestemmelsene i lovens kapittel 14 gjelder andre enn helsepersonell. Ordningen i § 78 gjelder likevel også helsepersonell.

Annet og tredje ledd blir tredje og fjerde ledd.

Til § 2:

I og med at det tas inn et nytt kapittel 14 som gjelder andre enn helsepersonell, må dette angis i § 2 om lovens virkeområde. Kapittel 14 gjelder i all hovedsak personer som ikke er helsepersonell. Hjemmelen i § 78 til å fastsette en registerordning vil likevel ha betydning for helsepersonell fordi også helsepersonell som benytter alternativmedisinske metoder i sin behandling, skal ha adgang til å la seg registrere.

Etter § 74 tas inn et nytt kapittel 14 med ny §§ 75 til 80:

Kapittel 14 Bestemmelser rettet mot andre enn helsepersonell**Til kapittel 14:**

Kapittel 14 gjelder behandlere som ikke er helsepersonell, og som derfor etter lovforslaget ikke vil omfattes av hoveddelen av helsepersonelloven. Se definisjonen av helsepersonell i § 3 i lovforslaget i Ot.prp. nr. 13 (1998-99). Kapittel 14 vil ikke gjelde for helsepersonell, bortsett fra § 78 om registerordning. Unntak vil kunne tenkes i tilfeller der personer som i én sammenheng er å anse som helsepersonell etter definisjonen i § 3, for eksempel en sykepleierstudent som under praksis på et sykehus yter helsehjelp, helt uavhengig av dette driver alternativmedisinsk virksomhet. Kapittel 14 vil gjelde den alternativmedisinske virksomheten, mens resten av den foreslåtte loven vil gjelde virksomheten som helsepersonell.

Om hva som betraktes som behandling av sykdom, se punkt 15.2.3.

§ 75. Forbud mot bruk av beskyttet tittel og mot villedende markedsføring

Bare den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell, se §§ 48 til 51.

Andre må heller ikke benytte titler som gir eller er egnet til å gi inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Villedende eller uetisk markedsføring av undersøkelser, medisinske inngrep eller annen behandling er forbudt. Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om markedsføring.

Til § 75:

Bestemmelsen er i det vesentlige overensstemmende med forslaget til § 86 i Sosial- og helsedepartementets høringsutkast til ny helsepersonellov m.v.

Første og annet ledd er en videreføring av prinsippene i kvaksalverloven § 1, men bestemmelsen er gjort mer generell idet bestemmelsen omfatter titler forbeholdt alle grupper autorisert helsepersonell.

Tredje ledd viderefører kvaksalverloven § 2 annet ledd, jf. også første ledd, og er en spesialbestemmelse i forhold til markedsføringslovens generelle bestemmelser som også kan komme til anvendelse på markedsføring av alternativmedisinsk behandling m.v. Et eksempel på markedsføring som kan rammes av bestemmelsen, er annonsering av en behandlingsform med bruk av løfter om helbredelse eller lignende som ikke står i forhold til realistiske forventninger med hensyn til resultatet av behandlingen.

Brudd på bestemmelsen vil være straffbelagt i henhold til § 79.

§ 76. Yrkesutøvelse forbeholdt helsepersonell

Medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter, skal kun utøves av helsepersonell, se § 3. Departementet kan ved forskrift bestemme det nærmere innhold i dette ledd.

Det samme gjelder behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer etter lov om vern mot smittsomme sykdommer, og alvorlige sinnslidelser etter lov om psykisk helsevern. Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke sykdommer/lidelser som omfattes av dette ledd.

Det samme gjelder behandling av alvorlige sykdommer og lidelser. Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke sykdommer/lidelser som omfattes av dette ledd.

Bestemmelsen i tredje ledd gjelder ikke dersom behandlingen skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, og (1) behandlingen velges av en myndig person som utvilsomt er kompetent til å fravelge behandlingstilbud fra helsevesenet, eller (2) helsevesenet ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby pasienten. For pasientgrupper som nevnt i lov om pasientrettigheter §§ 4-4 til 4-8 gjelder de samtykkebestemmelsene som der er oppstilt, så langt de passer.

Til § 76:

Innholdet i de tre første leddene i bestemmelsen tilsvarer i stor utstrekning utkastet til § 87 i Sosial- og helsedepartementets høringsnotat om ny helsepersonellov m.v., mens fjerde ledd er et nytt forslag fra utvalget som modererer begrensningene som følger av tredje ledd.

Bestemmelsen er en delvis videreføring av kvaksalverloven § 3 og § 4, men med både redaksjonelle og materielle endringer som blant annet utvider adgangen for alternativmedisinske behandlere til å ta syke i kur.

Bestemmelsen gjelder, som nevnt i merknadene til kapittel 14, ikke for helsepersonell. Situasjonen for helsepersonell reguleres av § 4 om faglig forsvarlighet, innrettelse etter kvalifikasjoner m.v. I § 4 fjerde ledd finnes dessuten en bestemmelse om at departementet i forskrift kan bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.

Utgangspunktet er at det står enhver fritt å undersøke og behandle syke, men § 76 fastsetter innskrenkninger i denne adgangen. Innskrenkningene gjelder dels behandlingsmetoder og medisinske inngrep som innebærer alvorlig helserisiko

(første ledd), og dels behandling av visse typer sykdommer (annet til fjerde ledd). Behandling i strid med reglene vil være ulovlig, og straffbar etter § 79. Straff rammer den som gir behandling. Det er ikke straffbart for pasienten å søke eller motta behandling.

Første ledd er en videreføring av kvaksalverloven § 3, men bestemmelsen er gitt en generell form i stedet for å inneholde en konkret oppramsing av behandlingsformer. Avgjørende for om en behandlingsform eller et medisinsk inngrep er forbeholdt helsepersonell, er om metoden kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter. Risikoen må vurderes generelt, ikke i forhold til den enkelte pasient. Bestemmelsen er også mer generell i formen enn kvaksalverloven med hensyn til hvem som skal kunne utøve de risikofylte metoder og inngrep. Anvendelsen av det generelle uttrykket helsepersonell i stedet for angivelse av spesielle helsepersonellgrupper (leger, tannleger) tilsvarer den lovendring som i Ot.prp. nr. 13 (1998-99) er foreslått i kvaksalverloven. Bestemmelsen regulerer kun hva andre enn helsepersonell kan eller ikke kan gjøre. Hvilke helsepersonellgrupper som skal kunne gjøre hva, reguleres ikke i kapittel 14, men i § 4 i lovforslaget. Det må vurderes konkret for den enkelte behandlingsmetode og de ulike typer inngrep hvilke(n) gruppe(r) helsepersonell som skal ha adgang til å bruke metoden/utføre inngrepet. Visse metoder/inngrep vil kunne være forbeholdt høyt spesialiserte leger, mens andre metoder vil kunne benyttes av flere grupper helsepersonell. I siste instans vil det være domstolene som - i forbindelse med straffesak mot en person som har utført slik behandling - avgjør om en behandlingsmetode eller et medisinsk inngrep omfattes av bestemmelsen i § 76. Imidlertid vil det være stort behov for at det fastsettes regler om det nærmere innhold i bestemmelsen slik departementet gis hjemmel til i første ledd siste punktum.

Annet og tredje ledd er en videreføring av kvaksalverloven § 4, men har en generell form samt forskriftshjemler i stedet for at spesielle sykdommer listes opp i lovbestemmelsen. På samme måte som i første ledd fastsettes bare at andre enn helsepersonell ikke kan behandle de sykdommer som omfattes av annet og tredje ledd, mens forholdet mellom de ulike helsepersonellgrupper ikke reguleres her, men av § 4 i lovforslaget.

Bestemmelsene om hvilke sykdommer det gjelder begrensninger for, er splittet opp i to ledd fordi utvalget ikke ønsker å gjøre begrensningen like absolutt for alle de sykdommer som omfattes av begrensningene. Behandling av de sykdommer som er nevnt i annet ledd er fullt ut forbeholdt helsepersonell, mens monopolet på behandling av sykdommer som nevnt i tredje ledd modifiseres av unntaksbestemmelsen i fjerde ledd.

I annet ledd første punktum er det nye at alvorlige sinnslidelser etter lov om psykisk helsevern omfattes av begrensningene i adgangen for andre enn helsepersonell til å gi behandling. Bakgrunnen for dette er dels at det her foreligger tvangsbestemmelser i særlovgivning, og dels er dette en pasientgruppe med nedsatt personell kompetanse til på egen hånd å fravelge seg virksom behandling. Departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvilke sykdommer og lidelser som omfattes av bestemmelsen.

Tredje ledd omfatter alvorlige sykdommer og lidelser som ikke omfattes av annet ledd. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke sykdommer og lidelser som omfattes av bestemmelsen.

Fjerde ledd inneholder en unntaksbestemmelse fra tredje ledd, slik at det under visse forutsetninger likevel vil være lovlig for andre enn helsepersonell å behandle de sykdommer som omfattes av tredje ledd. Det er ett grunnvilkår som alltid må være oppfylt (samarbeid eller samforståelse med lege), samt to alternative vilkår avhengig av pasientens alder og mentale tilstand m.v.

Med *samarbeid* menes at legen henviser til den alternativmedisinske behandler eller på annen måte aktivt forholder seg til denne for å bidra til at pasienten får et best mulig totaltilbud. Vilkåret *samforståelse* er et svakere alternativ. I dette legges at legen, når han eller hun får vite at den alternativmedisinske behandler ønsker å behandle pasienten, enten gir uttrykk for at dette er i orden, eller forholder seg passiv. Behandlingen vil være straffbar for den alternativmedisinske utøver bare dersom legen gir beskjed om at han eller hun motsetter seg slik behandling. Regelen innebærer at den alternativmedisinske behandler må gi melding til pasientens lege. Det fastsettes ikke krav med hensyn til meldingens form.

Det første av de to alternative vilkårene i fjerde ledd gjelder pasient som er myndig (det vil si over 18 år og ikke umyndiggjort) og som heller ikke lider av en permanent eller forbigående svekkelse som gjør at vedkommende rettslig sett ikke har kompetanse til å fravelge behandlingstilbud fra helsevesenet, se punkt 10.5.2. Det er selvfølgelig ikke noe vilkår at pasienten rent faktisk fravelger helsevesenets tilbud. Det vil tvert imot ofte være aktuelt med en kombinasjon av behandling i helsevesenet og behandling hos alternativmedisinsk utøver, men ordbruken er valgt for å fastsette en pasientgruppe som antas å være i stand til å vurdere de ulike behandlingstilbud og selv bør ha atskillig innflytelse på hva slags behandling de vil motta. Utvalget mener at denne pasientgruppen selv må kunne velge å bruke alternativ medisin uten at behandleren kan straffes for det, dersom legen ikke har faglig funderte innvendinger mot behandlingen som må tas hensyn til.

Det andre alternative vilkåret i fjerde ledd gjelder pasientgrupper som er i en slik alder eller tilstand at de ikke faller under første alternativ. Den som representerer pasienten ved avgjørelser om behandling m.v., bør etter utvalgets oppfatning ikke få samme frie adgang til å velge alternativmedisinsk behandling for pasienten som pasienter som selv er kompetente til å velge. Vilkåret for at alternativmedisinske behandlere straffritt kan behandle pasienter som faller inn under annet alternativ, når de lider av alvorlige sykdommer som nevnt i tredje ledd, er at helsevesenet ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby pasienten. For at behandling i denne sammenheng skal anses som lindrende må den påvirke pasientens situasjon utover ren smertestilling. Hvem som i samarbeid eller samforståelse med legen kan velge alternativmedisinsk behandling for pasienten, følger av fjerde ledd siste punktum, jf. forslaget til pasientrettighetslov.

Se for øvrig omtalen av denne bestemmelsen i punkt 15.2.3.

§ 77. Taushetsplikt

For andre behandlere enn helsepersonell gjelder bestemmelsene om taushetsplikt i §§ 21 til 25 tilsvarende.

Til § 77:

Bestemmelsen er ny. I dag gjelder ikke lovbestemt taushetsplikt for alternativmedisinske behandlere. Imidlertid pålegger yrkesorganisasjoner for alternativmedisinske utøvere sine medlemmer taushetsplikt gjennom etiske regler eller lignende, se punkt 10.6.4. Se nærmere under punkt 15.2.4 om innholdet og begrunnelsen for bestemmelsen.

Brudd på bestemmelsen foreslås straffbelagt i henhold til § 79. Den ordinære strafferammen i § 79 første ledd er den samme som i den straffebestemmelsen som kommer til anvendelse ved helsepersonells brudd på taushetsplikten etter helsepersonelloven (lovforslaget i Ot.prp. nr. 13 (1998-99) § 67). Den foreslåtte § 79 annet ledd har i motsetning til § 67 regler om straffeskjerpelse med seks måneders strafferamme ved særlig skjerpende omstendigheter eller gjentakelse. Utvalget forutsetter imidlertid at straffeutmålingen i praksis skal ligge på samme nivå for helsepersonell og utøvere av alternativ medisin.

§ 78. Registerordning

Kongen gir forskrift om en særlig frivillig registerordning for helsepersonell og andre som tar syke i kur, og som anvender alternativmedisinske behandlingsmetoder.

Til § 78:

Bestemmelsen gir Kongen rett - og plikt - til å gi forskrift om en registerordning, se om utvalgets forslag til slik ordning i punkt 15.3. Ordlyden «Kongen gir forskrift ...» er brukt for å markere at det ikke skal være opp til Kongen å bestemme om det skal gis slik forskrift, men kun å fastsette det nærmere innhold. Dersom Stortinget vedtar lovbestemmelsen, *skal* det opprettes en registerordning.

Registerordningen foreslås å omfatte både personer som er helsepersonell etter definisjonen i lovforslaget § 3 og som utøver alternativ medisin, og andre som utøver alternativ medisin. Dette er altså den eneste bestemmelsen i dette kapitlet som (også) omhandler helsepersonell. Deres virksomhet er for øvrig regulert av bestemmelser i lovforslagets øvrige kapitler, og ikke av bestemmelsene i dette kapitlet.

Registrering skal være frivillig, det vil si at det skal ikke være et vilkår for å utøve slik virksomhet at man lar seg registrere. Foreslåtte vilkår for og virkninger av å bli registrert er beskrevet i punkt 15.3. Utvalgets forslag til forskrift er inntatt i punkt 15.3.7.

§ 79. Straff for overtredelse av §§ 75 til 77

Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer bestemmelsene i §§ 75 til 77 straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.

Ved særlig skjerpene omstendigheter eller ved gjentakelse kan fengsel inntil seks måneder anvendes.

Medvirkning straffes på samme måte.

Det fritar ikke for straff at vedkommende på grunn av manglende fagkompetanse ikke forsto faren eller sykdommens art.

Påtale skjer når allmenne hensyn krever det, eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.

Til § 79:

Bestemmelsen er - med unntak av skyldkravet - overensstemmende med utkastet til § 88 i Sosial- og helsedepartementets høringsnotat om ny helsepersonellov m.v., men slik at også den nye bestemmelse som utvalget foreslår om taushetsplikt (§ 77), omfattes av straffebudet.

Bestemmelsen viderefører straffebestemmelser i kvaksalverloven § 6. Strafferammene er de samme, men de handlinger som rammes av straffebudet vil ikke være de samme idet de foreslåtte §§ 75 til 76 innebærer realitetsendringer i forhold til de korresponderende bestemmelsene i kvaksalverloven. Dessuten er § 77 om taushetsplikt en helt ny bestemmelse.

På samme måte som etter § 67 om straff for helsepersonell omfattes så vel grovt uaktsomme som forsettlige overtredelser, mens simpel uaktsomhet ikke rammes.

Siste ledd er en ny bestemmelse. Utvalgets forslag tilsvare her departementets høringsutkast. I høringsnotatet fremgår at bestemmelsen er tatt inn etter forslag fra Riksadvokaten i forbindelse med høringen av NOU 1993: 33 Helsepersonells rettigheter og plikter - Utkast til lov med motiver. Bestemmelsen innebærer en realitetssendring. Brudd på kvaksalverloven § 6 er undergitt ubetinget offentlig påtale. Det foreslåtte siste ledd i § 79 er et unntak fra den generelle hovedregel om ubetinget offentlig påtale. Påtale finner ikke sted med mindre enten allmenne hensyn taler for det eller Statens helsetilsyn begjærer det. Førstnevnte alternativ innebærer at påtalemyndigheten må vurdere om allmenne hensyn krever at påtale finner sted. Dette kan for eksempel være at handlingen er grov eller har vakt særlig oppsikt, eller det foreligger en annen særlig grunn til å påtale forholdet. Alternativet om påtale etter

begjæring fra Statens helsetilsyn har sammenheng med at Statens helsetilsyn er den faginstans som mest hensiktsmessig kan vurdere saker som kan falle inn under § 79, og straffverdigheten i den enkelte sak. Statens helsetilsyn vil ofte ha befatning med slike saker før forholdet blir anmeldt. Pasienten er ikke gitt rett til å påtale forhold. Hvis saksforholdet er straffverdig, bør påtalemyndigheten reise tiltale av allmenne hensyn.

Påtalebestemmelsen tilsvarende forslaget til ny helsepersonellov § 67 siste ledd om påtale i straffesaker mot helsepersonell.

§ 80. Straff for å utsette pasient for fare

Den som ikke er helsepersonell, og som ved medisinske inngrep eller behandling forsettlig eller uaktsomt utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare, enten ved selve behandlingen eller ved at pasienten unnlater å søke kyndig hjelp, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.

Ved særlig skjerpende omstendigheter eller ved gjentakelse kan fengsel inntil seks måneder anvendes.

Har de medisinske inngrep eller behandlingen medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, jf. straffeloven § 9, kan fengsel i inntil to år anvendes dersom ikke strengere bestemmelser i straffeloven kommer til anvendelse.

Medvirkning straffes på samme måte.

Det fritar ikke for straff at vedkommende på grunn av manglende fagkompetanse ikke forsto faren eller sykdommens art.

Påtale skjer når allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.

Til § 80:

Bestemmelsen viderefører straffebestemmelsen som i dag finnes i kvaksalverloven § 7, men er utformet noe annerledes. Strafferammene er de samme som i kvaksalverloven. Tilføyelsen om forholdet til straffeloven i tredje ledd i.f. er ny, men den innebærer ingen realitetsendring. Det vil særlig være bestemmelser i straffeloven kapittel 21 og 22 som kan være aktuelle.

Bestemmelsen er - med unntak av tilføyelsen om forholdet til straffeloven i tredje ledd i.f. - overensstemmende med utkastet til § 89 i Sosial- og helsedepartementets høringsnotat om ny helsepersonellov m.v.

Etter denne lovbestemmelsen er simpel uaktsomhet tilstrekkelig som skyldform, men det vil særlig være handlinger med alvorlige skadefølger og grovt uaktsom framferd som bør føre til påtale etter bestemmelsen.

Påtalebestemmelsen er likelydende i § 79 og § 80. Det vises til merknadene til den tilsvarende bestemmelsen i § 79 siste ledd.

Etter § 80 tas inn en ny kapitteloverskrift:

Kapittel 15 Ikrafttredelse m v

§ 75 og 76 i lovforslaget i Ot.prp. nr. 13 (1998-99) blir nye § 81 og 82.

KAPITTEL 18

Utvalgets lov- og forskriftsutkast**18.1 LOVUTKAST**

Utkast til lov om endringer i lov om helsepersonell m v (jf. lovforslag i Ot.prp. nr. 13 (1998-99))

1. Lov av 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur oppheves.

2. I lov xx.xx 1999 nr. yy om helsepersonell m v, eventuelt i lovforslaget i Ot.prp. nr. 13 (1998-99), gjøres følgende endringer:

§ 2 nytt annet ledd skal lyde:

Bestemmelsene i lovens kapittel 14 gjelder andre enn helsepersonell. Ordningen i § 78 gjelder likevel også helsepersonell.

Annet og tredje ledd blir tredje og fjerde ledd.

Etter § 74 tas inn et nytt kapittel 14 med ny §§ 75 til 80:

Kapittel 14 Bestemmelser rettet mot andre enn helsepersonell

§ 75. Forbud mot bruk av beskyttet tittel og mot villedende markedsføring

Bare den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell, se §§ 48 til 51.

Andre må heller ikke benytte titler som gir eller er egnet til å gi inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Villedende eller uetisk markedsføring av undersøkelser, medisinske inngrep eller annen behandling er forbudt. Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om markedsføring.

§ 76. Yrkesutøvelse forbeholdt helsepersonell

Medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter, skal kun utøves av helsepersonell, se § 3. Departementet kan ved forskrift bestemme det nærmere innhold i dette ledd.

Det samme gjelder behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer etter lov om vern mot smittsomme sykdommer, og alvorlige sinnslidelser etter lov om psykisk helsevern. Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke sykdommer/lidelser som omfattes av dette ledd.

Det samme gjelder behandling av alvorlige sykdommer og lidelser. Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke sykdommer/lidelser som omfattes av dette ledd.

Bestemmelsen i tredje ledd gjelder ikke dersom behandlingen skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, og (1) behandlingen velges av en myndig person som utvilsomt er kompetent til å fravelge behandlingstilbud fra helsevesenet, eller (2) helsevesenet ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby pasienten. For pasientgrupper som nevnt i lov om pasientrettigheter §§ 4-4 til 4-8 gjelder de samtykkebestemmelsene som der er oppstilt, så langt de passer.

§ 77. Taushetsplikt

For andre behandlere enn helsepersonell gjelder bestemmelsene om taushetsplikt i §§ 21 til 25 tilsvarende.

§ 78. Registerordning

Kongen gir forskrift om en særlig frivillig registerordning for helsepersonell og andre som tar syke i kur, og som anvender alternativmedisinske behandlingsmetoder.

§ 79. Straff for overtredelse av §§ 75 til 77

Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer bestemmelsene i §§ 75 til 77 straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.

Ved særlig skjerpende omstendigheter eller ved gjentakelse kan fengsel inntil seks måneder anvendes.

Medvirkning straffes på samme måte.

Det fritar ikke for straff at vedkommende på grunn av manglende fagkompetanse ikke forsto faren eller sykdommens art.

Påtale skjer når allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.

§ 80. Straff for å utsette pasient for fare

Den som ikke er helsepersonell, og som ved medisinske inngrep eller behandling forsettlig eller uaktsomt utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare, enten ved selve behandlingen eller ved at pasienten unnlater å søke kyndig hjelp, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.

Ved særlig skjerpende omstendigheter eller ved gjentakelse kan fengsel inntil seks måneder anvendes.

Har de medisinske inngrep eller behandlingen medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, jf. straffeloven § 9, kan fengsel i inntil to år anvendes dersom ikke strengere bestemmelser i straffeloven kommer til anvendelse.

Medvirkning straffes på samme måte.

Det fritar ikke for straff at vedkommende på grunn av manglende fagkompetanse ikke forsto faren eller sykdommens art.

Påtale skjer når allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.

Etter § 80 tas inn en ny kapitteloverskrift:

Kapittel 15 Ikrafttredelse m v § 75 og 76 i lovforslaget i Ot.prp. nr. 13 (1998-99) blir nye § 81 og 82.

18.2 FORSKRIFTSUTKAST

Utkast til forskrift om en særlig frivillig registerordning for helsepersonell og andre som tar syke i kur, og som bruker alternativmedisinske metoder.

§ 1 Register

Det føres et register over helsepersonell og andre som tar syke i kur, og som bruker alternativmedisinske metoder.

Registeret føres ved Brønnøysundregistrene.

§ 2 Godkjenning av organisasjoner

Den som vil registreres må drive virksomhet som behandler og må være medlem i en yrkesfaglig organisasjon som er godkjent av Sosial- og helsedepartementet.

Godkjenning kan bare meddeles organisasjoner som har

1. vedtekter som stiller faglige krav til medlemsskap,
2. yrkesetiske regler som er bindende for medlemmene,
3. vedtektsfestet klagerett for pasienter på medlemmenes yrkesfaglige atferd med behandling i et yrkesetisk råd og mulighet for utelukkelse av medlemmer som utviser yrkesfaglig atferd i strid med de yrkesetiske regler, og
4. minst 30 medlemmer.

§ 3 Forsikring/sikkerhetstillelse

Den som vil registreres må ved registreringen og i hele perioden som registrert behandler ha gyldig forsikring eller sikkerhet som dekker det erstatningsansvar han

eller hun kan pådra seg ved behandlingsvirksomheten. Departementet fastsetter minimumsbeløp og nærmere vilkår for forsikringen eller sikkerheten.

§ 4 Vilkår for registrering

Den som vil registreres må dokumentere at han eller hun

1. er medlem av en organisasjon som nevnt i § 2,
2. har gyldig forsikring eller sikkerhet i samsvar med § 3, og
3. drev virksomhet som behandler i det foregående år, ved dokumentasjon som nevnt i § 8.

§ 5 Meldinger

Registreringsmelding sendes på en blankett som fastsettes av departementet.

Den registrerte skal melde fra om adresseendring.

Den registrerte plikter å melde fra når vilkårene for registrering ikke lenger er til stede.

§ 6 Registreringsgebyr

For registrering betales et registreringsgebyr. Gebyrets størrelse fastsettes av departementet.

§ 7 Årlig avgift

Den som står i registeret, skal betale en årlig avgift. Avgiftens størrelse fastsettes av departementet. Det betales full avgift selv om vedkommende bare er registrert en del av året.

§ 8 Innsending av årsoppgjør/næringsoppgave

Den som står i registeret og som er selvstendig næringsdrivende, skal årlig sende inn årsoppgjør for virksomheten eller bekreftet kopi av næringsoppgave for det foregående år.

Den som står i registeret og som ikke er selvstendig næringsdrivende, skal årlig sende inn bekreftelse fra arbeidsgiver på ansettelsesforholdet.

§ 9 Frist

Fristen for betaling av avgift etter § 7 og innsending av dokumenter etter § 8 er 1. april angjeldende år.

Dersom registrering finner sted etter 1. april betales den årlige avgiften ved registreringen.

§ 10 Utelukkelse fra registeret

Dersom den registrerte ikke betaler avgift etter § 7 eller ikke sender inn dokumenter etter § 8 innen fristen i § 9, kan han eller hun utelukkes fra registeret.

Dersom den registrerte melder seg ut av eller utelukkes fra organisasjon som nevnt i § 2, utelukkes han eller hun fra registeret.

Den utelukkede kan registreres på ny dersom han eller hun dokumenterer at vilkårene for registrering igjen er oppfylt og betaler nytt registreringsgebyr.

§ 11 Tittel

Den som er registrert kan bruke betegnelsen «offentlig registrert» i tilknytning til sin yrkestittel.

§ 12 Ikrafttreden

Denne forskrift trer i kraft ...

Vedlegg 1

Lov av 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur

§ 1.

Den som tar syke i kur uten å være norsk læge eller tannlæge, må ikke kalle sig læge eller tannlæge eller gi sig noen titel eller betegnelse som er egnet til å få folk til å tro at han har rett til å utøve læge- eller tannlægevirksomhet. Forbudet gjelder alle betegnelser som inneholder ordene læge eller doktor eller sammensetninger eller forkortelser herav (naturlæge, huddoktor, dr.), eller ord eller forkortelser som lett kan forveksles med slike betegnelser. Han må heller ikke på annen måte overfor den som søker hans hjelp, uriktig utgi sig for å være autorisert til å yde hjelp i sykdomstilfelle, eller betegne sig som spesialist i noen slags sykdommer eller sykebehandling.

§ 2.

Den som tar syke i kur uten å være norsk læge eller tannlæge, må ikke uten samtykke av det departement som medisinalvesenet hører under, avertere eller ved tekst eller bilder gjøre reklame for sin virksomhet, frasett opplysning om navn, adresse og kontortid og en almindelig meddelelse om virksomhetens art.

Avertering eller reklame som er overdreven eller misvisende, eller som angår noen virksomhet som strider mot denne lov, er forbudt.

§ 3.

Den som tar syke i kur uten å være norsk læge eller tannlæge, må ikke anvende lægemidler som det er apotekerne forbudt å utlevere til alle og enhver, foreta operative inngrep, gi innsprøitninger, iverksette fullstendig eller lokal bedøvelse, eller anvende noen annen undersøkelses- eller behandlingsmåte som efter nærmere bestemmelse av Kongen bare må anvendes av læger eller tannlæger.

Han må heller ikke efter skriftlige opplysninger eller lignende behandle personer som han ikke selv har undersøkt.

§ 4.

Den som ikke er norsk læge, må ikke ta syke i kur og derunder behandle allmenfarlige smittsomme sykdommer etter lov om vern mot smittsomme sykdommer.

Det samme gjelder kreft, sukkersyke, farlige anemier og struma med sykelige former.

§ 5.

Den som ikke er norsk læge, tannlæge, psykolog eller kiropraktor, og som ikke har oppholdt seg her i landet i ti år eller som har utstått frihetsstraff her eller i utlandet, må ikke ta syke i kur. Det samme gjelder omstreifer.

§ 6.

Overtredelse av §§ 1 - 5 eller av bestemmelser som gis efter denne lov, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder. I gjentakelsestilfelle og under særdeles skjerpene omstendigheter kan straffen forhøyes til inntil seks måneders fengsel.

Medvirkning straffes på samme måte.

Det fritar ikke vedkommende for straff at han i de tilfeller som er nevnt i § 4, på grunn av manglende lægekyndighet ikke har forstått sykdommens art.

Overtredelse av §§ 1 - 5 anses som forseelse.

§ 7.

På samme måte som nevnt i § 6 straffes den som tar syke i kur uten å være norsk læge eller tannlæge, og som derved utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare, enten ved selve behandlingen eller ved at den syke undlater å søke kyndig hjelp. Har

kuren medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, jfr. straffelovens § 9, kan anvendes fengsel i inntil to år.

Medvirkning straffes på samme måte.

Det fritar ikke vedkommende for straff at han på grunn av manglende lægekyn-dighet ikke har forstått faren eller sykdommens art.

§ 8.

Har noen krav på lægehjelp for annens regning, straffes den som for å opfylle den plikt som således påhviler ham, har bevirket den syke tatt under kur av person som ikke er norsk læge eller tannlæge, med bøter hvis kuren har medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, jfr. straffelovens § 9.

§ 9.

Straff efter denne lov kommer ikke til anvendelse dersom den almindelige lov-givning medfører høiere straff.

§ 10.

(Opphevet ved lov 13. juni 1980 nr 42.)

§ 11.

(Opphevelsesbestemmelse.)

Vedlegg 2

Utdrag fra Sosial- og helsedepartementets høringsnotat om Lov om helsepersonell m.v., juli 1997

Utkast til Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)

Del VI Bestemmelser rettet mot andre enn helsepersonell

§ 86. Forbud mot bruk av beskyttet tittel og mot villedende markedsføring

Bare den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell.

Ingen må benytte titler som gir eller er egnet til å gi inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Dette gjelder også annen beskyttet tittel, jfr § 23.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke titler som er beskyttet etter denne paragraf.

Villedende eller uetisk markedsføring av undersøkelser, medisinske inngrep eller annen behandling er forbudt. Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om markedsføring.

§ 87. Yrkesutøvelse forbeholdt autorisert helsepersonell

Medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienten skal kun utøves av autorisert helsepersonell eller godkjente spesialister med nødvendig fagkompetanse.

Det samme gjelder behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer etter lov om vern mot smittsomme sykdommer, og behandling av alvorlige sykdommer/lidelser.

Departementet kan ved forskrift bestemme det nærmere innhold i første ledd. Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke alvorlige sykdommer/lidelser som omfattes av annet ledd.

§ 88. Straff

Den som overtrer bestemmelsene i §§ 86 og 87 straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Ved særlig skjerpene omstendigheter eller ved gjentakelser kan fengsel i inntil seks måneder anvendes.

Medvirkning straffes på samme måte.

Det fritar ikke for straff at vedkommende på grunn av manglende fagkompetanse ikke forsto faren eller sykdommens art.

Påtale skjer når allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.

§ 89. Straff for å utsette pasient for fare

Den som ikke er helsepersonell med autorisasjon eller lisens og som ved medisinske inngrep eller behandling utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare, enten ved selve sykebehandlingen eller ved at pasienten unnlater å søke kyndig hjelp, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Ved særlig skjerpene omstendigheter eller ved gjentakelser kan fengsel i inntil seks måneder anvendes.

Har de medisinske inngrep eller behandlingen medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, jf straffeloven § 9, kan fengsel i inntil to år anvendes.

Medvirkning straffes på samme måte.

Det fritar ikke for straff at vedkommende på grunn av manglende fagkompetanse ikke forstod faren eller sykdommens art.

Påtale skjer når allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.

Vedlegg 3

Forslag til lov om helsepersonell m. v. (helsepersonelloven) i Ot.prp. nr. 13 (1998-99)

Kapittel 1 Lovens formål, virkeområde og definisjoner

§ 1. Lovens formål

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste.

§ 2. Lovens virkeområde

Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket.

Kongen gir forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold.

I den utstrekning Kongen bestemmer i forskrift, gjelder loven for personer på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk, på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel og på norsk redningssansvarsområde.

§ 3. Definisjoner

Med helsepersonell menes i denne lov:

1. personell med autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49,
2. personell i helsetjenesten eller i apotek som yter helsehjelp,
3. elever og studenter som yter helsehjelp.

Departementet kan i forskrift bestemme at loven eller enkelte bestemmelser i loven skal gjelde for nærmere angitt personell som ikke omfattes av første ledd.

Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell.

Med helseinstitusjon menes institusjon som hører under lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten.

Kapittel 2 Krav til helsepersonells yrkesutøvelse

§ 4. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.

§ 5. Bruk av medhjelpere

Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn.

Elever og studenter skal som regel bare gis oppgaver ut fra hensynet til opplæring.

§ 6. Ressursbruk

Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.

§ 7. Øyeblikkelig hjelp

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasientrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser.

Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen.

§ 8. Pliktmessig avhold

Helsepersonell skal ikke innta alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden.

Legemidler som er nødvendige på grunn av sykdom, regnes ikke som rusmidler etter første ledd. Helsepersonell som inntar slike legemidler, skal snarest orientere sin arbeidsgiver om dette.

Departementet kan i forskrift bestemme at helsepersonell skal kunne pålegges å avgi utåndingsprøve, blodprøve eller lignende prøve ved mistanke om overtredelse av første ledd, og kan gi bestemmelser om forbud mot inntak av rusmidler i et nærmere bestemt tidsrom før tjenestetiden begynner.

§ 9. Forbud mot gaver m v i tjenesten

Helsepersonell må verken på egne eller andres vegne motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som er egnet til å påvirke helsepersonells tjenestlige handlinger på en utilbørlig måte.

Helsepersonell må heller ikke motta fra pasient gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som har mer enn en ubetydelig verdi.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke ytelser som er omfattet av første og annet ledd.

§ 10. Informasjon til pasienter m v

Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten til informasjon.

§ 11. Rekvirering av reseptbelagte legemidler

Bare leger og tannleger kan rekvirere reseptbelagte legemidler. Departementet kan i forskrift bestemme at annet helsepersonell med autorisasjon eller lisens kan få begrenset rekvireringsrett.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om rekvirering av legemidler, herunder om utforming og utfylling av resept og rekvisisjonsblankett. Det kan også bestemmes at bestemte legemidler helt eller delvis kan unntas fra denne retten.

§ 12. Undersøkelser i forbindelse med straffbare forhold

Lege, sykepleier eller bioingeniør skal etter anmodning fra politiet ta blodprøve eller foreta lignende undersøkelse av personer som er mistenkt for straffbart forhold under påvirkning av alkohol eller annet berusende eller bedøvende middel når dette er hjemlet i lov og kan skje uten fare.

Lege skal etter anmodning fra påtalemyndigheten foreta kroppslig undersøkelse av mistenkte i straffesak når slik undersøkelse er besluttet etter straffeprosessloven § 157. Videre skal lege etter anmodning fra vedkommende fengselsdirek-

tør foreta kroppslig undersøkelse av en innsatt i fengselsanstalt når slik undersøkelse er besluttet etter reglene i fengselsloven § 30 a.

Lege, sykepleier eller bioingeniør har ingen plikt til å foreta undersøkelser etter første og annet ledd av:

1. ektefelle, samboer, registrert partner, forlovede eller av slektninger i rett opp- eller nedstigende linje, søsken eller like nær besvogrede. Likt med slektskap regnes adoptiv- og fosterforhold.

2. person som helsepersonellet har til behandling.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten til å foreta undersøkelser etter denne paragrafen, og herunder fastsette bestemmelser om begrensninger i plikten og om fritak.

§ 13. Markedsføring

Markedsføring av helsetjenester skal være forsvarlig, nøktern og saklig.

Ved markedsføring av virksomhet som yter helsehjelp, gjelder første ledd tilsvarende.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om markedsføring av helsehjelp, og kan herunder fastsette forbud mot visse former for markedsføring.

§ 14. Beordring av helsepersonell til vaktordninger

Departementet kan bestemme at helsepersonell skal delta i vaktordning på det sted der de bor eller arbeider.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om gjennomføring m v av vaktordninger.

§ 15. Krav til attester, legerklæringer o l

Den som utsteder attest, legerklæring o l skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, legerklæring o l skal være korrekte og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, legerklæring o l.

Kapittel 3 Krav til organisering av virksomhet

§ 16. Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll

Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om organisering av virksomhet som yter helsehjelp og om internkontroll.

§ 17. Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter

Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet.

Kapittel 4 Særskilte regler i tilknytning til autorisasjon

§ 18. Melding om helsepersonells virksomhet

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens i privat virksomhet skal gi melding til kommune eller fylkeskommune når de åpner, overtar eller trer inn i virksomhet som er omfattet av loven. Melding skal også gis ved virksomhetens opphør.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis, hvordan de skal registreres og formidles videre til et sentralt register.

§ 19. Melding til arbeidsgiver om bierverv og andre engasjement i annen virksomhet

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens skal av eget tiltak gi arbeidsgiveren opplysninger om bierverv og engasjement, eierinteresser o l i annen virksomhet som vil kunne komme i konflikt med hovedarbeidsgivers interesser.

Arbeidsgiveren kan i tillegg kreve at helsepersonell med autorisasjon eller lisens gir opplysninger om all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o l.

Det skal gis opplysning om virksomhetens navn og arten og omfanget av helsepersonells bierverv eller engasjement.

Denne bestemmelsen begrenser ikke plikten til å opplyse om bierverv som følger av avtale eller andre rettsregler.

§ 20. Forsikring

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens som driver privat virksomhet, skal ved forsikring stille sikkerhet for det økonomiske ansvar som kan oppstå overfor pasienter i forbindelse med yrkesutøvelsen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten til forsikring.

Kapittel 5 Taushetsplikt og opplysningsrett

§ 21. Hovedregel om taushetsplikt

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

§ 22. Samtykke til å gi informasjon

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker.

For personer under 16 år gjelder reglene i pasientrettighetsloven §§ 4-4 og 3-4 annet ledd tilsvarende for samtykke etter første ledd.

For personer over 16 år som ikke er i stand til å vurdere spørsmålet om samtykke av grunner som nevnt i pasientrettighetsloven § 3-3 annet ledd, kan nærmeste pårørende gi samtykke etter første ledd.

§ 23. Begrensninger i taushetsplikten

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for:

1. at opplysninger gis den som fra før er kjent med opplysningene,
2. at opplysninger gis når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighold,
3. at opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt,
4. at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre eller
5. at opplysningene gis videre etter regler fastsatt i lov eller i medhold av lov når det er uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde.

§ 24. Opplysninger etter en persons død

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger om en avdød person gis videre dersom viktige grunner taler for dette. I vurderingen av om opplysninger skal gis, skal det tas hensyn til avdødes antatte vilje, opplysningenes art og de pårørende og samfunnets interesser.

Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en persons død hvis ikke særlige grunner taler mot det.

§ 25. Opplysninger til samarbeidende personell

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Taushetsplikt etter § 21 er heller ikke til hinder for at personell som bistår med elektronisk bearbeiding av opplysningene, eller som bistår med service og vedlikehold av utstyr, får tilgang til opplysninger når slik bistand er nødvendig for å oppfylle lovbestemte krav til dokumentasjon.

Personell som nevnt i første og andre ledd har samme taushetsplikt som helsepersonell.

§ 26. Opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer

Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.

Den som yter helsehjelp, skal uten hinder av taushetsplikten i § 21 gi vedkommende virksomhets pasientadministrasjon pasientens personnummer og opplysninger om diagnose, eventuelle hjelpebehov, tjenestetilbud, innskrivnings- og utskrivningsdato samt relevante administrative data.

Reglene om taushetsplikt gjelder tilsvarende for personell i pasientadministrasjonen.

§ 27. Opplysninger som sakkyndig

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at helsepersonell som opptrer som sakkyndig gir opplysninger til oppdragsgiver, dersom opplysningene er mottatt under utførelse av oppdraget og har betydning for dette.

Den som opptrer som sakkyndig, skal gjøre pasienten oppmerksom på oppdraget og hva dette innebærer.

§ 28. Opplysninger til arbeidsgiver

Departementet kan gi forskrift om adgangen til å gi opplysninger om en arbeidstakers helseforhold videre til arbeidsgiveren, i den grad opplysningene gjelder arbeidstakerens skikkethet til et bestemt arbeid eller oppdrag.

§ 29. Opplysninger til andre formål

Departementet kan bestemme at opplysninger kan eller skal gis til bruk i forskning, og at det kan skje uten hinder av taushetsplikt etter § 21. Til slikt vedtak kan knyttes vilkår. Reglene om taushetsplikt etter denne lov gjelder tilsvarende for den som mottar opplysningene.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om bruk av taushetsbelagte opplysninger i forskning.

Departementet kan i forskrift regulere helsepersonells rett til utlevering og bruk av taushetsbelagte opplysninger til andre formål enn helsehjelp, når pasienten har gitt samtykke. Det gjelder formål som forsikring, kredittinstitusjoner o.l.

Kapittel 6 Opplysningsplikt m.v.

§ 30. Opplysninger til tilsynsmyndigheten

Helsepersonell skal gi tilsynsmyndigheten adgang til virksomhetens lokaler, og gi alle de opplysninger som ansees påkrevd for utøvelsen av tilsyn med helsepersonells virksomhet. Helsepersonell skal uten hinder av taushetsplikten utlevere de dokumenter, lyd- og bildeopptak o.l. som kreves av tilsynsmyndigheten.

§ 31. Opplysninger til nødetater

Helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.

§ 32. Opplysninger til sosialtjenesten

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side, og skal av eget tiltak gi sosialtjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til sosialtjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf lov om sosiale tjenester § 6-2a. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om sosiale tjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger.

§ 33. Opplysninger til barneverntjenesten

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf nevnte lov § 4-24.

Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger.

§ 34. Opplysninger i forbindelse med førerkort og sertifikat

Lege, psykolog eller optiker som finner at en pasient med førerkort for motorvogn eller sertifikat for luftfartøy, ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles, skal oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet eller sertifikatet. Dersom pasientens helsetilstand antas ikke å være kortvarig, skal helsepersonell som nevnt gi melding til offentlige myndigheter etter nærmere regler fastsatt av departementet i forskrift.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til gjennomføring og utfylling av første ledd, og kan gi reglene i første ledd tilsvarende anvendelse i forhold til pasienter som har tjeneste utenfor luftfartøy, dersom tjenesten har betydning for luftfartens sikkerhet.

Kapittel 7 Meldeplikt

§ 35. Melding om fødsler

Lege eller jordmor skal gi melding om fødsel til folkeregisteret. I meldingen skal det opplyses hvem som er far til barnet etter reglene i barneloven §§ 3 og 4, eller hvem moren har oppgitt som far til barnet i tilfeller der farskapet ikke er klarlagt. Departementet kan i forskrift bestemme at slike meldinger også skal inneholde andre opplysninger.

Dersom farskapet ikke er klarlagt eller foreldrene ikke lever sammen, skal fødselsmeldingen sendes til både folkeregisteret og bidragsfogden.

Det skal gis fødselsmelding selv om barnet er dødfødt.

Lege eller jordmor skal gi melding om fødsel eller svangerskapsavbrudd etter tolvte uke til Medisinsk fødselsregister i samsvar med forskrift gitt av Kongen.

§ 36. Melding om dødsfall

Leger skal gi erklæring om dødsfall som de blir kjent med i sin virksomhet. Departementet gir forskrifter om erklæringene.

Leger som har gitt legeerklæring om dødsfall, eller som har gitt helsehjelp til en person før vedkommende døde, skal gi kommunelegen nødvendige opplysninger om dødsårsaken. Kommunelegen skal gi opplysningene videre til dødsårsaksregisteret.

Er det grunn til å tro at dødsfallet er unaturlig, skal legen underrette politiet i samsvar med forskrift fastsatt av departementet.

Er etterforskning iverksatt for å avklare om døden er voldt ved straffbar handling, skal legen gi retten opplysninger av betydning for saken, dersom retten ber om dette.

§ 37. Melding til helseregistre m v

Kongen kan opprette og godkjenne helseregistre i den grad dette er nødvendig for en forsvarlig styring og utvikling av helsetjenesten. Kongen kan i forskrift pålegge helsepersonell med autorisasjon eller lisens å gi opplysninger til slike registre, og ellers gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen av meldeplikten. Helsepersonell kan ikke pålegges å gi individualiserte opplysninger, med mindre dette er nødvendig for formålet med registeret. Opplysningene skal så langt det er mulig gis uten individualiserende kjennetegn.

§ 38. Melding om betydelig personskade

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens skal snarest mulig gi skriftlig melding til fylkeslegen om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsehjelp eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.

Meldeplikten for helsepersonell etter første ledd gjelder ikke dersom helseinstitusjonen har meldeplikt etter lov om spesialisthelsetjenesten § 3-3.

Kapittel 8 Dokumentasjonsplikt

§ 39. Plikt til å føre journal

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.

Departementet kan i forskrift pålegge helsepersonell som nevnt i første ledd å føre egen journal som pasienten oppbevarer selv (egenjournal).

§ 40. Krav til journalens innhold m m

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde korrekte og fullstendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pasientjournalens innhold og ansvar for journalen etter denne bestemmelse.

§ 41. Plikt til å gi pasienter innsyn i journal

Den som yter helsehjelp, skal gi innsyn i journalen til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 5-1.

I helseinstitusjoner skal den som har det overordnede ansvaret for journalen etter § 39, sørge for at det gis innsyn etter første ledd.

§ 42. Retting av journal

Helsepersonell som nevnt i § 39 skal etter krav fra den opplysningen gjelder, eller av eget tiltak, rette feilaktige, mangelfulle eller utilbørlige opplysninger eller utsagn i en journal. Retting skal skje ved at journalen føres på nytt, eller ved at en datert rettelse tilføyes i journalen. Retting skal ikke skje ved at opplysninger eller utsagn slettes.

Dersom krav om retting avslås, skal kravet om retting og begrunnelse for avslaget nedtegnes i journalen.

Avslag på krav om retting kan påklages til fylkeslegen, som etter å ha innhentet uttalelse fra Datatilsynet, avgjør om retting kan foretas.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om retting etter denne bestemmelse.

§ 43. Sletting av journalopplysninger

Etter krav fra den journalopplysningene gjelder, eller av eget tiltak, skal helsepersonell som nevnt i § 39 slette opplysninger eller utsagn i journalen, dersom dette er ubetenkelig ut fra allmenne hensyn, og:

1. opplysningene er feilaktige eller misvisende og føles belastende for den de gjelder eller

2. opplysningene åpenbart ikke er nødvendige for å gi pasienten helsehjelp.

Dersom krav om sletting avslås, skal kravet om sletting og begrunnelse for avslaget nedtegnes i journalen.

Avslag på krav om sletting kan påklages til fylkeslegen, som etter å ha innhentet uttalelse fra Datatilsynet, avgjør om sletting kan foretas.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om sletting etter denne bestemmelse.

§ 44. Journal på feil person

Etter krav fra den opplysningene gjelder, eller av eget tiltak, skal helsepersonell som nevnt i § 39 slette journal, eller opplysninger eller utsagn i en journal, som er ført på feil person, med mindre allmenne hensyn tilsier at sletting ikke bør foretas. Reglene i § 43 annet til fjerde ledd gjelder tilsvarende.

§ 45. Overføring, utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger

Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som nevnt i § 39 gi journalen eller opplysninger i journalen til andre som yter helsehjelp etter denne lov, når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp på forsvarlig måte. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt tilgang til journalen etter første punktum.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til utfylling av første ledd, og kan herunder bestemme at annet helsepersonell kan gis tilgang til journalen også i de tilfeller som faller utenfor første ledd.

§ 46. Krav til elektronisk pasientjournal

Kongen kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om bruk av elektronisk journal, og kan herunder oppstille krav om opplæring og tiltak som skal sikre at utenforstående ikke får kjennskap eller tilgang til journalen.

§ 47. Opptegnelser og journal som bevis

I rettssak eller forvaltningssak om helsepersonells yrkesutøvelse, kan opptegnelser, journal og journalmateriale kreves lagt fram som bevis i original eller bekreftet fotokopi eller utskrift.

Kapittel 9. Vilkår for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

§ 48. Autorisasjon

Autorisasjonsordningen etter denne lov omfatter følgende grupper helsepersonell:

- a) ambulansearbeider
- b) audiograf
- c) bioingeniør
- d) ergoterapeut
- e) farmasøyt
- f) fotterapeut
- g) fysioterapeut
- h) helsesekretær
- i) hjelpepleier
- j) jordmor
- k) kiropraktor
- l) klinisk ernæringsfysiolog
- m) lege
- n) omsorgsarbeider
- o) optiker
- p) ortopediingeniør
- q) perfusjonist
- r) psykolog
- s) radiograf
- t) sykepleier
- u) tannhelsesekretær
- v) tannlege
- w) tannpleier
- x) tanntekniker
- y) vernepleier

Rett til autorisasjon etter søknad har den som:

- a) har avlagt eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høgskole eller videregående opplæring,
- b) har gjennomført praktisk tjeneste fastsatt i forskrift gitt av departementet,
- c) har avlagt skriftlig løfte fastsatt i forskrift av departementet,
- d) er under 75 år og
- e) ikke er uegnet for yrket.

Rett til autorisasjon etter søknad har også den som:

- a) har utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevn god med tilsvarende norsk eksamen,
- b) har utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52, eller
- c) på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet.

Departementet kan i forskrift bestemme at helsepersonellgrupper som ikke omfattes av første ledd, kan gis autorisasjon etter søknad. Ved avgjørelsen skal det legges vekt på hensynet til pasientsikkerhet, innhold og formålet med utdanningen, i hvilken utstrekning yrket utøves selvstendig og hensynet til harmonisering med andre land.

Departementet kan i forskrift fastsette tilleggskrav for autorisasjon for den enkelte helsepersonellgruppe, herunder at kravene skal gjelde for de som allerede har autorisasjon eller offentlig godkjenning ved forskriftens ikrafttredelse.

§ 49. Lisens

Helsepersonell som ikke har rett til autorisasjon etter § 48, kan gis lisens etter søknad. Lisens kan bare gis til helsepersonell som er skikket ut fra lisensens art og omfang.

Lisens kan også gis til helsepersonell med utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52.

Lisensen kan begrenses i tid, til en bestemt stilling, til visse typer helsehjelp eller på annen måte.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om betingelsene for å få lisens og de vilkår som kan knyttes til den, herunder at kravene skal gjelde for dem som allerede har lisens ved forskriftens ikrafttredelse.

§ 50. Grenselisens

Offentlig ansatt og autorisert helsepersonell i Sverige og Finland i arbeid langs grensen til Norge, kan utøve virksomhet i tilgrensende norske kommuner uten norsk autorisasjon eller lisens etter §§ 48 og 49.

§ 51. Vilkår for spesialistgodkjenning

Departementet kan gi forskrifter om vilkår for godkjenning av autorisert helsepersonell som spesialister innen en avgrenset del av det helsefaglige området, herunder at vilkårene skal gjelde for dem som allerede har spesialistgodkjenning ved forskriftens ikrafttredelse.

§ 52. Internasjonale avtaler

På grunnlag av avtale med annet land om gjensidig godkjenning kan autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning gis til utenlandsk statsborger.

Departementet kan i forskrifter gi nærmere bestemmelser til utfylling av første ledd, og kan herunder fastsette særlige vilkår for godkjenning som er nødvendige for å oppfylle internasjonale avtaler.

Kapittel 10 Tildeling og bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

§ 53. Tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

Statens helsetilsyn gir autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning mot nærmere fastsatt godtgjørelse. Helsetilsynet kan delegere myndighet til å gi spesialistgodkjenning til private yrkesorganisasjoner.

En søker kan nektes autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning hvis det foreligger grunnlag for tilbakekall etter § 57.

Vedtak etter bestemmelsens foregående ledd er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Hvis det er grunn til å tro at tilbakekallsgrunn foreligger, kan Statens helsetilsyn pålegge helsepersonell å underkaste seg undersøkelser som omtalt i § 60.

§ 54. Bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning bortfaller når vedkommende fyller 75 år. Yrkestittelen kan likevel benyttes.

Kapittel 11 Reaksjoner ved brudd på lovens bestemmelser

§ 55. Tilrettevisning

Fylkeslegen kan gi tilrettevisning til helsepersonell som overtrer plikter etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på annen måte handler ukorrekt eller i strid med god yrkesskikk, selv om helsepersonellet ikke kan bebreides.

I tilrettevisningen kan det gis veiledning om hvordan pliktbruddet kan rettes, tidsfrist for retting samt varsel om at strengere reaksjoner kan bli ilagt dersom pliktbruddet ikke rettes.

Før tilrettevisning blir gitt, skal helsepersonellet gis anledning til å uttale seg.

Tilrettevisning skal gis skriftlig og er unntatt fra offentlighet. Tilrettevisning er ikke enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Fylkeslegen kan underrette arbeidsgiveren og den som har påpekt pliktbruddet, om tilrettevisningen.

§ 56. Advarsel

Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helsepersonell som forsettlig eller uaktsomt overtrer plikter etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, hvis pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller til å påføre pasienter en betydelig belastning. Det kan også gis advarsel dersom helsepersonell ikke innretter seg etter en tilrettevisning. Tilsvarende gjelder dersom helsepersonell har utvist atferd som er egnet til å svekke tilliten til vedkommende yrkesgruppe.

Advarsel er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 57. Tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning

Statens helsetilsyn kan kalle tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom innehaveren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan kalles tilbake dersom innehaveren til tross for advarsel unnlater å innrette seg etter lovbestemte krav.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan kalles tilbake også dersom vilkår fastsatt i forskrift etter §§ 48, 49 eller 51 ikke er oppfylt.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning gitt på grunnlag av tilsvarende godkjenning i et annet land, kan kalles tilbake dersom godkjenningen i dette landet mister sin gyldighet.

Tilbakekall er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 58. Suspensjon av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

Hvis det er grunn til å tro at vilkårene for tilbakekall er tilstede og helsepersonellet anses å være til fare for sikkerheten i helsetjenesten, kan Statens helsetilsyn suspendere autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning inntil det er tatt endelig beslutning i saken. Suspensjonen kan gjøres gjeldende i seks måneder, og kan forlenges en gang med ytterligere seks måneder.

Suspensjon er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 59. Begrensning av autorisasjon

Statens helsetilsyn kan begrense autorisasjonen til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår.

Slik begrensning kan fastsettes i tilfeller der helsepersonell, til tross for at vilkårene for tilbakekall er oppfylt, anses skikket til å utøve virksomhet på et begrenset felt under tilsyn og veiledning.

Vedtak om begrensning av autorisasjon er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 60. Pålegg om sakkyndig undersøkelse

I saker der tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning skal vurderes, kan Statens helsetilsyn pålegge helsepersonell å underkaste seg medisinsk eller psykologisk undersøkelse av sakkyndige.

Statens helsetilsyn kan suspendere autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning så lenge pålegg etter første ledd ikke etterkommes.

§ 61. Frivillig avkall på autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning

Helsepersonell kan selv gi avkall på autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning ved skriftlig erklæring til fylkeslegen. Autorisasjons-, lisens- eller spesialistgodkjenningsdokumentet skal så vidt mulig innleveres samtidig.

§ 62. Ny autorisasjon eller lisens

Statens helsetilsyn kan gi helsepersonell som har mistet autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning ved tilbakekall eller frivillig avkall, ny autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning hvis vedkommende godtgjør at han/hun er skikket. Ny autorisasjon kan begrenses etter § 59.

Avslag på søknad om ny autorisasjon eller lisens er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 63. Tap av retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B

Hvis legers eller tannlegers rekvirering av legemidler i gruppe A og B anses uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn helt eller delvis kalle tilbake retten til å rekvirere slike legemidler for en bestemt tid eller for alltid. Det samme gjelder for annet helsepersonell som i forskrift fastsatt i medhold av § 11 er gitt begrenset rett til å rekvirere legemidler.

Helsepersonell kan selv gi avkall på retten til å rekvirere legemidler som nevnt i første ledd ved skriftlig erklæring til fylkeslegen. Et avkall er bindende i den perioden det er gitt for.

Hvis vilkårene for tilbakekallet fortsatt er oppfylt ved utløpet av fristen etter første ledd, kan Statens helsetilsyn treffe nytt vedtak etter første ledd.

Når leger eller tannleger ikke selv har rett til å rekvirere legemidler i gruppe A og B, skal kommunelegen, avdelingsoverlegen eller fylkestannlegen rekvirere legemidler som er nødvendige i vedkommendes virksomhet. Disse kan også godta at et annet helsepersonell foretar rekvireringen.

Vedtak om tilbakekall av rett til rekvirering er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 64. Suspensjon av rekvireringsrett

Hvis det er grunn til å tro at vilkårene for å kalle tilbake rekvireringsretten er oppfylt og helsepersonell ansees å være til fare for sikkerheten i helsetjenesten, kan Statens helsetilsyn suspendere retten til å rekvirere legemidler som nevnt i § 63 inntil saken er avgjort, men ikke utover seks måneder. Hvis helsepersonellet forholder saken, kan suspensjonen forlenges en gang med ytterligere seks måneder.

Vedtak om suspensjon av rekvireringsrett er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 65. Forkortelse av frist for tap av rekvireringsretten

Hvis det finnes forsvarlig, kan Statens helsetilsyn etter søknad gi helsepersonellet tilbake retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B før utløpet av den frist som er fastsatt.

Avslag på slik søknad er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 66. Informasjon til arbeidsgiver og til andre land

Statens helsetilsyn skal varsle arbeidsgiver ved advarsel, tilbakekall, frivillig avkall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller begrensning av autorisasjon. Med arbeidsgiver menes også offentlig myndighet som har driftsavtale med helsepersonellet.

Hvis helsepersonellet driver selvstendig praksis med driftsavtale, skal Statens helsetilsyn gi rett offentlig myndighet et forhåndsvarsel når det foreligger berettiget mistanke om at vilkårene for nevnte vedtak foreligger, og vedtaket vil få betydning for muligheten til å oppfylle driftsavtalen.

Ved tilbakekall, frivillig avkall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller ved begrensning av autorisasjon, skal Statens helsetilsyn underrette de landene Norge er folkerettslig forpliktet til å informere.

§ 67. Straff

Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer eller medvirker til overtredelse av bestemmelser i loven eller i medhold av den, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.

Offentlig påtale finner sted hvis allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.

Kapittel 12 Statens helsepersonellnemnd og klageregler

§ 68. Statens helsepersonellnemnd

Det opprettes en Statens helsepersonellnemnd (HPN).

Statens helsepersonellnemnd er klageorgan for vedtak etter §§ 53, 56-59 og 62-65.

§ 69. Organisering av Statens helsepersonellnemnd

Statens helsepersonellnemnd skal være et uavhengig organ med høy helsefaglig og juridisk ekspertise som oppnevnes av departementet for tre år av gangen.

Statens helsepersonellnemnd skal bestå av tre jurister, hvorav en er leder av nemnda, samt tre personer med helsefaglig bakgrunn og en legrepresentant.

Statens helsepersonellnemnd kan oppnevne to sakkyndige for bistand i den enkelte sak.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om organiseringen av Statens helsepersonellnemnd.

§ 70. Statens helsepersonellnemnds virksomhet

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om saksbehandlingen i Statens helsepersonellnemnd.

§ 71. Domstolsprøving av suspensjon, tilbakekall og begrensning

Vedtak i Statens helsepersonellnemnd om suspensjon, tilbakekall og begrensning kan bringes inn for retten, som kan prøve alle sider av saken.

Saken behandles etter reglene i tvistemålsloven kapittel 30. Retten kan ved kjennelse beslutte at vedtaket om suspensjon, tilbakekall eller begrensning ikke skal ha virkning før det er truffet endelig vedtak i saken eller før endelig dom foreligger.

Bestemmelsen er ikke til hinder for at vedtak kan bringes inn for Stortingets ombudsmann for forvaltningen.

§ 72. Anmodning om administrativ reaksjon

Den som mener at bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av denne lov er brutt til skade for seg, kan be tilsynsmyndighetene ilegge helsepersonellet en administrativ reaksjon etter reglene i kapittel 11. Pasienten kan opptre ved representant. Kravet sendes fylkeslegen.

Representant etter første ledd er den som har fullmakt til å fremsette en anmodning på andres vegne, eller som har samtykkekompetanse etter reglene i pasientrettighetsloven "[Alternativmedisinens røtter](#)" i kapittel 4. Fullmektig som ikke er advokat, skal legge fram skriftlig fullmakt.

Fylkeslegen skal vurdere de synspunkter som er fremsatt i anmodningen, og kan også ta opp forhold som ikke er berørt i anmodningen.

Hvis fylkeslegen mener at det bør ilegges strengere reaksjon enn tilrettevisning, skal saken oversendes Statens helsetilsyn. Tredje ledd gjelder tilsvarende for behandlingen av saken hos Statens helsetilsyn.

Tilsynsmyndighetene skal gi den som har fremsatt en anmodning, underretning om resultatet av sin behandling av saken og en kort begrunnelse for resultatet.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om tilsynsmyndighetenes saksbehandling, og kan herunder fastsette regler om frist for fremsettelse av anmodning etter denne paragraf.

Kapittel 13 Forskjellige bestemmelser

§ 73. Erstatning for tap ved suspensjon og tilbakekall

Dersom vedtak om suspensjon eller tilbakekall viser seg å være ugyldig eller blir omgjort av annen grunn, kan det kreves erstatning for lidt tap etter vanlige erstatningsrettslige regler.

§ 74. Bruk av beskyttet tittel

Bare den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell.

Ingen må uriktig benytte titler eller annonsere virksomhet på en slik måte at det kan gis inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke titler som er beskyttet etter denne paragraf.

§ 75. Ikrafttredelse

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelsene i loven skal tre i kraft til forskjellig tid.

§ 76. Forskrifter

Forskrifter og gitt med hjemmel i lover som oppheves eller endres når loven her trer i kraft, gjelder i den utstrekning de ikke strider mot loven her eller forskrifter fastsatt med hjemmel i loven.

Den som ved lovens ikrafttredelse har autorisasjon, offentlig godkjenning som helsepersonell eller lisens, beholder sin autorisasjon, godkjenning eller lisens etter denne lov.

Departementet kan fastsette forskrifter til gjennomføring av loven, herunder overgangsbestemmelser.

§ 77. Opphevelse av og endringer i andre lover

Fra den tid loven trer i kraft oppheves følgende lover:

- 1) Lov av 13 juli 1956 om fysioterapeuter og mensendiecksykegymnaster.
- 2) Lov av 8 januar 1960 nr 1 om godkjenning av sykepleiere.
- 3) Lov av 11 juni 1971 nr 54 om ortopediingeniører og om omsetning av ortopediske hjelpemidler.
- 4) Lov av 23 juni 1972 nr 69 om offentlig godkjenning av pleiarar i psykiatriske sjukehus.
- 5) Lov av 9 mars 1973 nr 13 om godkjenning m v av psykologer.
- 6) Lov av 14 juni 1974 nr 47 om godkjenning m v av helsepersonell.
- 7) Lov av 13 juni 1980 nr 42 om leger.
- 8) Lov av 13 juni 1980 nr 43 om tannleger.
- 9) Lov av 26 april 1985 nr 23 om jordmødre.

Fra samme tid gjøres følgende endringer i andre lover:

1 I lov av 19 juni 1936 nr 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge til å ta syke i kur gjøres følgende endringer:

Ny lovtittel skal lyde:

Lov om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur.

Ny § 1 skal lyde:

Denne loven gjelder personer som ikke faller inn under § 3 i lov om helsepersonell.

§ 2 nytt første ledd skal lyde:

Den som tar syke i kur uten å være helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3, må ikke uten samtykke av det departement som medisinalvesenet hører under, avertere eller ved tekst eller bilder gjøre reklame for sin virksomhet, frasett opplysning om navn, adresse og kontortid og en almindelig meddelelse om virksomhetens art.

§ 3 nytt første ledd skal lyde:

Den som tar syke i kur uten å være helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3, må ikke anvende lægemidler som det er apotekerne forbudt å utlevere til alle og enhver, foreta operative inngrep, gi innsprøytninger, iverksette fullstendig eller

lokal bedøvelse, eller anvende noen annen undersøkelses- eller behandlingsmåte som etter nærmere bestemmelse av Kongen bare må anvendes av helsepersonell som nevnt.

§ 4 nytt første ledd skal lyde:

Den som ikke er helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3, må ikke ta syke i kur og derunder behandle allmennfarlige smittsomme sykdommer etter lov om vern mot smittsomme sykdommer.

§ 5 oppheves

§ 6 nytt første ledd skal lyde:

Overtredelse av §§ 1-4 eller av bestemmelser som gis etter denne lov, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder. I gjentakelsestilfelle og under særdeles skjerpene omstendigheter kan straffen forhøyes til inntil seks måneders fengsel.

Nytt tredje ledd skal lyde:

Det fritar ikke vedkommende for straff at han i de tilfeller som er nevnt i § 4, på grunn av manglende kyndighet ikke har forstått sykdommens art.

Nytt fjerde ledd skal lyde:

Overtredelse av §§ 1-4 anses som forseelse.

§ 7 nytt første ledd skal lyde:

På samme måte som nevnt i § 6 straffes den som tar syke i kur uten å være helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3, og som derved utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare, enten ved selve handlingen eller ved at den syke undlater å søke kyndig hjelp. Har kuren medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, jfr. straffelovens § 9, kan anvendes fengsel i inntil to år.

Nytt tredje ledd skal lyde:

Det fritar ikke vedkommende for straff at han på grunn av manglende kyndighet ikke har forstått faren eller sykdommens art.

Ny § 8 skal lyde:

Har noen krav på helsehjelp for annens regning, straffes den som for å oppfylle den plikt som således påhviler ham, har bevirket den syke tatt under kur av person som ikke er helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3, med bøter hvis kuren har medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, jfr. straffelovens § 9.

2 I lov av 19 november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene gjøres følgende endringer:

Ny § 1-3a skal lyde:

§ 1-3a. (Tilrettelegging m v)

Kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pliktens innhold.

Ny § 1-3b skal lyde:

§ 1-3b. (Registrering m v)

Kommunen skal motta og registrere meldinger om helsepersonell i kommunen og i kommunehelsetjenesten.

Departementet kan i forskrift gi regler om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis og hvordan de skal registreres og formidles videre til sentralt register.

Ny § 3-4 skal lyde:

§ 3-4. (Taushetsplikt i forhold til kommuneadministrasjonen)

Kommunen kan pålegge helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne lov å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av kommunehelsetjenesten.

Pålegg etter denne bestemmelsen skal være saklig begrunnet og ikke omfatte flere opplysninger enn det som er nødvendig av hensyn til formålet.

Nåværende § 3-4 blir ny § 3-5.

§ 3-5 nytt fjerde ledd skal lyde:

Kommunelegen skal videresende dødsmeldinger mottatt fra leger i kommunen etter lov om helsepersonell § 36 til Dødsårsaksregisteret.

§ 6-6 b oppheves.

3 I lov av 3. juni 1983 nr 54 om tannhelsetjenesten gjøres følgende endringer:

Ny § 1-3a skal lyde:

§ 1-3a. (Tilrettelegging m v)

Fylkeskommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pliktens innhold.

Ny § 1-3b skal lyde:

§ 1-3b. (Registrering m v)

Fylkeskommunen skal motta og registrere meldinger om helsepersonell i fylkeskommunen og i tannhelsetjenesten.

Departementet kan i forskrift gi regler om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis og hvordan de skal registreres og formidles videre til sentralt register.

Ny § 3-4 skal lyde:

§ 3-4. (Taushetsplikt i forhold til administrasjonen i fylket)

Fylkeskommunen kan pålegge helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne lov å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av tannhelsetjenesten i fylkeskommunen.

Pålegg etter denne bestemmelsen skal være saklig begrunnet og ikke omfatte flere opplysninger enn det som er nødvendig av hensyn til formålet.

Gjeldende §§ 3-4 og 3-5 blir nye §§ 3-5 og 3-6.

4 I lov av 30 mars 1984 nr 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten gjøres følgende endringer:

§ 2 ny overskrift skal lyde:

§ 2. Tilsynsmyndighetenes oppgaver

§ 2 nye femte, sjette, sjuende og åttende ledd skal lyde:

Fylkeslegen skal informere Statens helsetilsyn om forhold som tilsier advarsel eller tilbakekall, frivillig avkall, eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller begrensning av autorisasjon etter lov om helsepersonell kapittel 11.

Fylkeslegen og Statens helsetilsyn gir administrative reaksjoner til helsepersonell etter reglene i lov om helsepersonell kapittel 11.

Fylkeslegen og Statens helsetilsyn skal registrere advarsel og tilbakekall, frivillig avkall, eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller begrensning av autorisasjon etter lov om helsepersonell kapittel 11.

Fylkeslegen og Statens helsetilsyn skal informere helsepersonellens arbeidsgiver om advarsel, tilbakekall, frivillig avkall, eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett og begrensning av autorisasjon etter lov om helsepersonell kapittel 11.

5 I lov av 4 desember 1992 nr 132 om legemidler m v gjøres følgende endringer:

§ 9 annet ledd skal lyde:

Når særlige grunner foreligger, kan markedsføringstillatelsen gjøres betinget av at preparatet bare skal være til bruk for visse sykehus eller rekvireres av visse spesialister.

§ 26 annet ledd skal lyde:

I forskriftene kan fastsettes alminnelige innskrenkninger i helsepersonells adgang til å rekvirere sprit, brennevin og vin til medisinsk bruk.

6 I lov av 12 mai 1995 nr 22 om universiteter- og høyskoler gjøres følgende endringer:

§ 42 nr 2 nytt annet og tredje punktum skal lyde:

Institusjonen skal informere Statens helsetilsyn om utestenging etter dette alternativ. Departementet gir forskrift om informasjonsrutiner.

Vedlegg 4

Forslag til lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) i Ot.prp. nr. 12 (1998-99)

Kapittel 1 Alminnelige bestemmelser

§ 1-1 Formål

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

§ 1-2 Virkeområde

Loven gjelder for alle som oppholder seg i riket. Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens "*Sammendrag og hovedkonklusjoner*" i kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket.

Kongen gir forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold. I den utstrekning det bestemmes av Kongen i forskrift gjelder loven for personer på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel.

§ 1-3 Definisjoner

I loven her menes med

- a) pasient: en person som gis eller tilbys helsehjelp;
- b) pasientens pårørende: ektefelle, registrerte partner, person som lever i et ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, verge eller hjelpeverge. Den nærmeste er den av disse som pasienten selv oppgir. Dersom den nærmeste ikke oppgis, er den nærmeste den av de pårørende som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i den rekkefølge som er angitt;
- c) helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som er utført av helsepersonell;
- d) helsetjenesten: primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tanhelsetjenesten;
- e) helsepersonell: personer som nevnt i lov om helsepersonell § 3.

Kapittel 2 Rett til helsehjelp

§ 2-1 Rett til vurdering

Pasient som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse.

§ 2-2 Rett til fornyet vurdering

Etter henvisning fra allmennlege har pasienten rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare én gang for samme tilstand.

§ 2-3 Rett til valg av sykehus

Pasienten har rett til å velge på hvilket offentlig sykehus eller distriktpsychiatriske senter behandlingen skal foretas. Dette gjelder ikke behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

Kapittel 3 Rett til medvirkning og informasjon

§ 3-1 Pasientens rett til medvirkning

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelser- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Ønsker pasienten at andre personer skal være til stede når helsehjelp gis, skal dette imøtekommes så langt som mulig.

§ 3-2 Pasientens rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risiki og bivirkninger.

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.

Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon.

Dersom pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om dette. Pasienten skal samtidig gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning.

Dersom det etter at behandlingen er avsluttet, oppdages at pasienten kan ha blitt påført betydelig skade som følge av helsehjelpen, skal pasienten om mulig informeres om dette.

§ 3-3 Informasjon til pasientens nærmeste pårørende

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2.

§ 3-4 Informasjon når pasienten er mindreårig

Er pasienten under 16 år, skal både pasienten og foreldrene eller andre med foreldreansvaret informeres.

Er pasienten mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikke gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette.

Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 18 år.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, gjelder første, annet og tredje ledd tilsvarende for barneverntjenesten.

§ 3-5 Informasjonens form

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

§ 3-6 Rett til vern mot spredning av opplysninger

Opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder.

Dersom helsepersonell utleverer opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder, så langt forholdene tilsier det informeres om at opplysningene er gitt og hvilke opplysninger det dreier seg om.

Kapittel 4 Samtykke til helsehjelp

§ 4-1 Hovedregel om samtykke

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekker pasienten samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.

§ 4-2 Krav til samtykkets form

Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen.

Departementet kan gi forskrifter om krav til skriftlighet eller andre formkrav ved visse former for helsehjelp.

§ 4-3 Hvem som har samtykkekompetanse

Rett til å samtykke til helsehjelp har:

- a) myndige personer, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, og
- b) mindreårige etter fylte 16 år, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser eller av tiltakets art.

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf § 3-5.

Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Mangler pasienten nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for helsepersonell som angitt i § 4-8.

§ 4-4 Samtykke på vegne av barn

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.

Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnets foreldre, andre med foreldreansvaret eller barnevernet, jf annet ledd, høre hva barnet har å si før sam-

tykke gis. Når barnet er fylt 12 år, skal det få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse. Det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet.

§ 4-5 Samtykke på vegne av ungdom som ikke har samtykkekompetanse

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn mellom 16 og 18 år etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.

Helsehjelp kan ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.

§ 4-6 Samtykke på vegne av myndige som ikke har samtykkekompetanse

Dersom en myndig pasient ikke har samtykkekompetanse, kan den som yter helsehjelp ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet.

Pasientens nærmeste pårørende kan samtykke til helsehjelp som ikke er omfattet av første ledd. Dersom pasientens nærmeste pårørende motsetter seg helsehjelp i strid med pasientens interesser, kan helsetjenesten kreve at det oppnevnes hjelpeverge etter bestemmelsen i vergemålsloven § 90a.

Helsehjelp etter første og annet ledd kan ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.

§ 4-7 Om pasienter som er umyndiggjort

Pasient som er umyndiggjort etter lov av 28. november 1898, skal i så stor utstrekning som mulig selv samtykke til helsehjelp. Dersom dette ikke er mulig, kan vergen samtykke på vegne av den umyndiggjorte.

§ 4-8 Om pasienter uten samtykkekompetanse som ikke har nærmeste pårørende

Den som yter helsehjelp, kan i samråd med annet kvalifisert helsepersonell samtykke til helsehjelp for pasienter som mangler samtykkekompetanse og som ikke har nærmeste pårørende.

§ 4-9 Pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner

Pasienten har på grunn av alvorlig overbevisning rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik.

En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er en døende pasient ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres.

Helsepersonell må forsikre seg om at pasient som nevnt i første og annet ledd er myndig, og at vedkommende er gitt tilfredsstillende informasjon og har forstått konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen.

Kapittel 5 Rett til journalinnsyn

§ 5-1 Rett til innsyn i journal

Pasienten har rett til innsyn i journalen sin med bilag og har etter særskilt forespørsel rett til kopi. Pasienten har etter forespørsel rett til en enkel og kortfattet forklaring av faguttrykk eller lignende.

Pasienten kan nektes innsyn i opplysninger i journalen dersom dette er påtrevende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær.

En representant for pasienten har rett til innsyn i opplysningene som pasienten nektes innsyn i, med mindre representanten anses uskikket for dette. En lege eller advokat kan ikke nektes innsyn, med mindre særlige grunner taler for dette.

Reglene i § 3-3 og § 3-4 om andres rett til informasjon gjelder tilsvarende for innsyn i journal.

Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en pasients død, om ikke særlige grunner taler mot dette.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om retten til innsyn i journal, herunder bestemmelser om betaling for kopier.

§ 5-2 Retting og sletting av journal

Pasienten eller den som opplysningene gjelder, kan kreve at opplysningene i journalen rettes eller slettes etter reglene i helsepersonelloven § 42 til § 44.

§ 5-3 Overføring og utlån av journal

Pasienten har rett til å motsette seg utlevering av journal eller opplysninger i journal. Opplysningene kan heller ikke utleveres dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg det ved forespørsel. Utlevering kan likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det. Overføring eller utlevering av journal eller opplysninger i journal skal skje i henhold til bestemmelsene i lov om helsepersonell.

Kapittel 6 Barns særlige rettigheter

§ 6-1 Barns rett til helsekontroll

Barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg, jf kommunehelsetjenesteloven § 2-2.

§ 6-2 Barns rett til samvær med foreldrene i helseinstitusjon

Barn har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven.

§ 6-3 Barns rett til aktivitet i helseinstitusjon

Barn har rett til å bli aktivisert og stimulert under opphold i helseinstitusjon, så langt dette er forsvarlig ut fra barnets helsetilstand.

§ 6-4 Barns rett til undervisning i helseinstitusjon

Barn i skolepliktig alder har rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av lov om grunnskolen.

Ungdom har rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av lov om videregående opplæring.

Førskolebarn har rett til spesialpedagogisk hjelp under opphold i helseinstitusjon, i den grad dette følger av lov om grunnskolen.

Kapittel 7 Klage

§ 7-1 Anmodning om etterlevelse

Pasient eller representant for pasienten som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt, kan anmode den som yter helsehjelp om at reglene blir etterlevd.

Første ledd gjelder tilsvarende for andre som mener de ikke har fått sine selvstendige rettigheter etter kapitlene 3 til 6 oppfylt.

Pasientens representant etter første ledd er den som har fullmakt til å klage på pasientens vegne, eller som har samtykkekompetanse etter ["Alternativmedisinens](#)

røtter" i kapittel 4. Fullmektig som ikke er advokat, skal legge frem skriftlig fullmakt.

§ 7-2 Klage

Dersom den som yter helsehjelp, avviser anmodningen etter § 7-1 eller mener at reglene er overholdt, kan det klages til fylkeslegen. Klagen sendes til fylkeslegen.

Reglene i § 7-1 annet og tredje ledd gjelder tilsvarende for klage etter denne paragraf.

§ 7-3 Klagens form og innhold

Klage til fylkeslegen skal være skriftlig. Klagen skal være undertegnet av pasienten eller den som representerer pasienten. Klagen bør nevne det forhold som det klages over og gi opplysninger som kan være av betydning for behandlingen av klagen. Inneholder klagen feil eller mangler, setter fylkeslegen en kort frist for rettelse eller utfylling.

§ 7-4 Anmodning om administrativ reaksjon

Pasienten eller andre som har rett til det, kan be tilsynsmyndigheten om at helsepersonell ilegges administrativ reaksjon etter helsepersonelloven § 72. Reglene i dette kapitlet kommer ikke til anvendelse på slike anmodninger.

§ 7-5 Frist for anmodning om etterlevelse og klage

Fristen for å anmode om etterlevelse etter § 7-1 er fire uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en slik anmodning. Fristen avbrytes når anmodningen er fremmet.

Fristen for å klage til fylkeslegen etter § 7-2 er tre uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til utfallet av anmodningen.

§ 7-6 Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningslovens regler om behandling av saker om enkeltvedtak og klage gjelder så langt de passer for fylkeslegens behandling av klagesaker, med de særlige bestemmelser som er gitt i dette kapitlet.

Kapittel 8 Pasientombud

§ 8-1 Formål

Pasientombudet skal arbeide for å ivareta pasientens behov, interesser og rettssikkerhet overfor helsetjenesten, og for å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

§ 8-2 Arbeidsområde og ansvar for ordningen

Alle fylkeskommuner skal ha et pasientombud. Pasientombudets arbeidsområde omfatter offentlige spesialisthelsetjenester.

Ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

§ 8-3 Rett til å henvende seg til pasientombudet

Pasientombudet kan ta saker som gjelder forhold i den offentlige spesialisthelsetjenesten, opp til behandling enten på grunnlag av en muntlig eller skriftlig henvendelse eller av eget tiltak.

Enhver kan henvende seg til pasientombudet og be om at en sak tas opp til behandling. Den som henvender seg til pasientombudet, har rett til å være anonym.

§ 8-4 Behandling av henvendelser

Pasientombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til å ta en sak opp til behandling. Dersom pasientombudet ikke tar saken opp til behandling, skal den som har henvendt seg gis underretning og en kort begrunnelse for dette.

§ 8-5 Pasientombudets rett til å få opplysninger

Offentlige myndigheter og andre organer som utfører tjenester for forvaltningen, skal gi ombudet de opplysninger som trengs for å utføre ombudets oppgaver. Reglene i tvistemålsloven § 204 til § 209 får tilsvarende anvendelse for ombudets rett til å kreve opplysninger.

§ 8-6 Pasientombudets adgang til helsetjenestens lokaler

Pasientombudet skal ha fri adgang til alle lokaler hvor det ytes offentlige spesialisthelsetjenester.

§ 8-7 Pasientombudets oppgaver

Pasientombudet skal i rimelig utstrekning gi den som ber om det informasjon, råd og veiledning om forhold som hører under ombudets arbeidsområde.

Pasientombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Pasientombudet bestemmer selv hvem uttalelsene skal rettes til. Uttalelsene er ikke bindende.

Pasientombudet skal gi den som har henvendt seg til ombudet, underretning om resultatet av sin behandling av en sak og en kort begrunnelse for resultatet.

Pasientombudet skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet at disse følger opp.

Pasientombudet skal sørge for å gjøre ordningen kjent.

§ 8-8 Forskrifter

Departementet kan gi forskrifter til gjennomføring og utfylling av bestemmelsene om pasientombud.

*Kapittel 9 Ikrafttredelse og endringer i andre lover**§ 9-1 Ikrafttredelse*

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelsene i loven skal tre i kraft til forskjellig tid.

§ 9-2 Endringer i andre lover

Fra den tid loven trer i kraft gjøres følgende endringer i andre lover:

Lov 28. februar 1997 nr 19 om folketrygd

§ 5-16 siste ledd skal lyde:

Departementet gir forskrifter om stønad etter denne paragrafen, herunder om dekning av reiseutgifter i andre tilfeller enn nevnt i denne paragrafen, om dekning av utgifter ved valg av sykehus etter pasientrettighetsloven, og om stønad til luftambulansetransport når selskapet ikke har avtale med trygden.

Vedlegg 5

English Summary

1 INTRODUCTION

This chapter provides a summary of the Report on Alternative Medicine. The main emphasis is on the chapters in the report containing the Committee's evaluations, conclusions and proposals.

2 COMMITTEE'S MANDATE, COMPOSITION AND METHOD

Chapter 1 accounts for the Committee's mandate and composition and how the Committee approached its task. The statements from the Standing Committee on Health and Social Affairs and the Storting (the Norwegian Parliament) resolutions underlying the appointment of the Committee are also reproduced.

2.1 Appointment and mandate

After a unanimous request by the Storting, the Ministry of Health and Social Affairs in April 1997 appointed a Committee to report on various aspects of Alternative Medicine. The Committee has been called the Alternative Medicine Committee or Aarbakke Committee in recognition of its chairman, Professor Jarle Aarbakke. The Committee was given the following mandate:

1. *Account for the status of alternative medicine and the place alternative medicine has in Norway today* The account should preferably build on available source material and should embrace, among other aspects:
 - Account of content of current and relevant new legislation and restrictions regarding the licence to provide treatment for illness
 - Survey of relevant alternative treatment methods
 - Survey of educational programs and competence of practitioners
 - Account of number and geographical dispersion of various practitioners
 - Account of how widely alternative medicine is used and characteristics of users of alternative medicine
 - Account of relevant parties' attitudes to and knowledge of various forms of alternative medicine
 - Account of where alternative medicine stands in a research context - any documented effects and side-effects of various forms of alternative medicine to be included in the account
 - Account of place and significance of various forms of alternative medicine today - including existing co-operation with the established public and private health service. The use of alternative forms of therapy by health personnel in their practice should be included in this account.
 - Account of economic aspects relating to practice of alternative medicine (for example in connection with education and fees)
 - Account of situation in other countries having relevant experience of co-operation between alternative medicine and the established public and private health service
 - Account of agreements, documents and attitudes in relevant international organisations such as the World Health Organisation (WHO), European Union (EU) and Council of Europe regarding co-operation between alter-

native medicine and established medicine.

2. *Account for and discuss the salient characteristics of (various forms of) alternative treatment and practice* Include here also an evaluation of the distinctions between such methods and practitioners from each other and from officially recognised treatment methods and practitioners.
3. *Discuss and evaluate whether and to what extent various forms of alternative medicine should have a place in connection with the established health service*
 - Describe any advantages and drawbacks of a medical, patient-related, or economic character connected with use of alternative treatment forms in relation to established treatment forms. The effects or lack of effects, and side effects should be included in the description of medical advantages and drawbacks.
 - The account should embrace grounds for and discussion of why different forms of alternative medicine should - or should not - take a place outside the established health service.
4. *Discuss and make proposals for how different forms of alternative medicine could, if desired, be co-ordinated with the public and private health service at the municipal, county and national level*
5. *Discuss issues connected with registration and registers, including the purpose of a register, criteria for identifying serious practitioners in a special register, and evaluating if any registration should be voluntary*
6. *Discuss key issues connected with an approval scheme and make suggestions for any approval procedures for groups of alternative medicine practitioners, including requirements for education*
7. *Discuss and take a stand on legislative models for legislative regulation of the alternative medicine field. The practice of various forms of alternative medicine by publicly licensed and authorised health personnel and non-licensed or non-authorised health personnel should be discussed here. Legislative models might include:*
 - Revision of Medical Quackery Act
 - Regulate professional alternative medicine practitioners' activities through relevant provisions in the Criminal Code
 - Special act regulating alternative forms of therapy (see SOU 1989:60).
8. *Discuss need for and make proposals for relevant complaints channels for users of alternative medicine*
9. *Discuss consequences of the proposals made*
 - Account for challenges of implementation, for instance relating to know-how, educational/ informational, and attitudinal
 - Account for economic and administrative consequences. Under the Report Instructions, one of the proposals should be based on reduced or unchanged input of resources.
10. *The evaluations and proposals should build into a recommendation and the work should be crystallised in a Committee Report, the Report to be presented to the Ministry no later than 15 December 1998*

2.2 Committee's composition

The following persons were appointed members of the Committee:

- Aarbakke, Jarle, Professor, Doctor of Medicine, University of Tromsø, Chair-

man

- Befring, Anne Kjersti, Project Co-ordinator, Ministry of Health and Social Affairs. Now: Section Manager, Norwegian Medical Association, Oslo
- Bjørgan, Britt Untiedt, Nurse and Zone Therapist, Bergen
- Bjørndal, Andreas N., Acupuncturist NFKA and Homeopath MNHL, Oslo
- Braut, Geir Sverre, County Medical Officer, Rogaland
- Bruset, Stig, Physician, Lier
- Christie, Vigdis Moe, Research Sociologist, University of Oslo
- Fønnebø, Vinjar, Professor, Doctor of Medicine, University of Tromsø
- Grini, Hanne Karin, Adviser for political interests, Joint Organisation for Disabled Persons, Oslo
- Guttormsen, Laila, Nurse and Natural Therapist, Berlevåg
- Halvorsen, Marit, Senior lecturer, Doctor of Law, University of Oslo
- Ingstad, Benedicte, Professor, Doctor of Philosophy, University of Oslo
- Mestad, Ingvild, Attorney, Kluge Advokatfirma ANS (firm of attorneys), Oslo
- Pedersen, Tom A., Kinesiologist, Bergen
- Risberg, Terje, Chief Physician, Regional Hospital in Tromsø. Now: Doctor of Medicine
- Rygh, Liv H., Advisor, Doctor of Philosophy, Norwegian Medicines Control Authority (Statens legemiddelkontroll). Now: Leading Technical Officer, Norwegian Board of Health (Statens helsetilsyn)
- Syse, Aslak, Senior Lecturer, Doctor of Law, Candidate of Medicine, University of Oslo. Now: Professor.

The Committee enjoyed the same composition throughout the entire work period, although some of the persons have, as can be seen, experienced changes in position or place of employment.

The Ministry of Health and Social Affairs looked after the Secretariat functionalities for the Committee.

The Committee Secretaries were Report Co-ordinator Kari Bente Sørli from appointment of the Committee until April 1998, Report Co-ordinator Kirsten Been from 1 September 1997, and Report Co-ordinator Karl Skaar from 25 May 1998, the two last working until the conclusion of the Committee's work. Secretary Kari Mette Sandviken also assisted.

2.3 Committee's interpretation of mandate

The Committee has sought to distinguish alternative medicine with respect to conventional medicine and the established health service on the one hand, and with respect to other activities involving a treatment element on the other hand.

The distinction with respect to treatment employing psychological elements is not sharp. Treatment where these are paramount is not discussed.

The Committee's report does not cover activities normally considered ordinary religious practice. This implies activities whose main foundation is in a faith and rituals connected with the faith, such as vigils and prayers for the sick, expulsion of evil spirits, etc. But alternative medicine treatments can contain elements of ideology or worldview, or be motivated by a religious belief, which can also motivate the choice of treatment and aftercare regimes for patients. Such treatment is covered by the Report. In questions of regulation this will be important where it concerns professional treatment, which is to say treatment activities that form a line of employment, where patients must compensate for the service by payment. In evaluating whether a practice is an ordinary religious activity or a treatment activity, relevant

tests will include asking what the basis is for the treatment or meeting, the strength of the faith, whether compensation is given, and if so what form and magnitude the compensation takes.

The distinctions from conventional medicine are blurred because methods and know-how used in alternative medicine are also applied in conventional medicine. Where these methods take a prominent place in alternative medicine treatment, like nutritional advice and additives, they are discussed specifically.

The Committee was, in the mandate, asked to rely on available sources. The Committee has additionally conducted an opinion poll in the autumn of 1997 to obtain up-to-date information about the use of alternative medicine in Norway.

Any direct comparison of the use of alternative medicine treatments in Norway and other countries is complicated by the different classification of alternative medicine and conventional medicine in different countries.

In the mandate the Committee is asked to examine what separates the serious from the spurious practitioner. The Committee has examined this problem and delved into certain measures that could make things clearer.

2.4 Work in the Committee

The Committee started its work in May 1997. The Committee has worked under a comprehensive mandate with a broad composition. In order to address the various parts of the mandate usefully the Committee established several sub-committees. The groups have held numerous meetings and there have been plenary meetings during the entire report period. The Committee's work has been characterised not least by the fact that most of the Committee members have been active in submitting drafts for specific parts of the Report.

The Committee has obtained information and received input from affected groups in Norway, including associations of practitioners of alternative medicine, educational institutions within alternative medicine, and patient organisations. Many others have also contributed information.

Study visits have been made in Norway and one study tour has been made to England, another to China and India. Certain Committee members have participated in international conferences and others have met with WHO representatives in Geneva and EU representatives in Brussels.

3 DISCUSSION OF CONCEPTS AND THE NATURE OF SCIENCE

Chapter 3 discusses to begin with the concepts of alternative medicine and conventional medicine. The Committee chose to use these two concepts in its work despite their susceptibility to criticism. The choice was made because the Committee believes that the concepts as used in Norway today provide a reasonably precise distinction of the two fields of endeavour, and at the same time they seem to be the most commonly used expressions.

The concept of illness is discussed briefly. The Committee found itself unable to foray into a deep discussion of this term. There exists no generally accepted definition of illness. The views of what constitutes illness can vary from one person to the next and not least from one culture and social stratification to another. The concept also houses legal implications. The Committee notes that an increasing range of different treatments will also affect our perception of what is considered illness at any time.

The final part of the chapter is devoted to a brief presentation of various approaches to the issue of what is science. The Committee points to the problems

connected to the issue of whether science can be value-neutral. The key thing is whether perceptions of truth and knowledge can be considered objective phenomena or must always be seen in a subjective light. Also a brief summary of the possibilities of the qualitative and quantitative methods and their limitations in relation to research in alternative medicine is given.

4 ROOTS OF ALTERNATIVE MEDICINE

Chapter 4 provides a description of the roots of alternative medicine, including the folk medicine traditions in Norway, medical knowledge traditions outside Europe, and medical traditions in Europe in historic times.

A historical perspective and cultural comparison show how important premises for what we now know as conventional medicine and alternative medicine were laid in earlier times. These two perspectives are inseparably connected. Medical knowledge throughout history has often been created locally through human experience and the belief systems that were used to organise that experience. The knowledge was often created through a much wider global process whereunder people with different medical traditions, throughout the ages and under different social regimes, met and exchanged learning.

There is a distinction between (1) folk medicine or ethnic medicine, (2) alternative medicine, and (3) conventional medicine even if this distinction often is difficult to discern. Folk medicine is the oldest of the three. Many of its elements have retained their original conception up to the present. Both conventional medicine and alternative medicine can be said to have grown from folk medicine.

Alternative medicine in our part of the world has received much impetus from ethnic medicine in other parts of the world. For example, ideas from Asian learning traditions have been carried on by many of our modern alternative medicine treatments.

The chapter also draws up certain other lines of development towards our own century. Something is also said about possible causes of the emergence of alternative medicine.

Finally folk medicine in the world today is discussed.

5 ALTERNATIVE MEDICINE'S MODELS OF HEALTH, DISEASE AND EXPLANATORY CONSTRUCTIONS

Chapter 5 accounts for the explanatory constructions of alternative medicine. Within alternative medicine there are a range of treatments and explanations, and not all forms of alternative medicine build on the same principles and theories. But many models are replicated in different alternative medicine therapies, even if the terminology varies somewhat. Chapter 5 emphasises the similarities rather than the differences.

Bio-energetic explanations, concepts of vital energy and of the body as an integrated whole are key elements. The holographic concept implies that the whole organism is projected in several of the parts of the body. The close connection between mind and body is also common in many alternative medicine therapies.

The body's self-healing capacity is stimulated in order to regain anatomical and functional integrity. Disease is more seen as a weakening of the body's own healing properties rather than as a colonisation by bacteria or virus. Development of disease from an acute to a chronic phase is seen as a gradual weakening of the self-healing vital power in the body.

In many forms of alternative medicine the focus is also on the natural, for example eating natural foods, and avoiding - and getting rid of - various forms of contamination in the body in the form of artificial additives, synthetic drugs, etc, which are believed to be a cause of disease.

One of the oldest models common in current alternative medicine is the division into categories and qualities, for example four or five elements, weather types or body fluids. All symptoms are categorised, unbalance is assessed, and the practitioner tries to restore a balance between the qualities. Diet, herbs or other interventions are utilised.

6 SELECTED ALTERNATIVE MEDICINE TREATMENTS

Chapter 6 provides a brief summary of several alternative medicine treatments, and a closer look at some of them, with an account of their history, methodology, areas of use, and explanatory underpinnings. Also described are some alternative medicine analysis methods. These descriptions build on Norwegian alternative medicine practitioners and their organisations currently perceive their treatment method and its background. The Committee has not sought to take a critical look at the sources for this material.

7 USERS OF ALTERNATIVE MEDICINE TREATMENTS

Chapter 7 accounts for the uses and users of alternative medicine based on a series of empirical surveys and interviews. One of these was performed for the Committee.

Based on the statistics available there seems to have been an increase in the use of alternative medicine in Norway over the past decades. Homeopathy, acupuncture and zone therapies are the most used forms of therapy. Women are more frequent patrons of alternative medicine practitioners than men, but there is an increasing tendency for men to make use of these services. Middle aged and younger people make more frequent use of alternative medicine than the elderly, but in recent years use among the elderly has increased most. While the use of alternative medicine used to be greatest in the towns, it is now essentially equal in town and country. The correlation between level of education and reliance on alternative medicine is fading, although persons with a high education still use alternative medicine rather more than others.

Particularly persons suffering chronic or serious illness make use of alternative medicine, but there seems to be an increasing tendency to apply it also for other ailments. Headache, migraine, and back and neck problems are the complaints that are most often brought before the alternative medicine practitioner. Many people who approach alternative therapists want guidance on diet and supplements, and assistance to bolster up their immune systems and improve their general health.

Patients mainly seek a medical doctor before consulting an alternative medicine practitioner. Increasingly, alternative medicine treatment is sought without the patient first consulting a doctor. This applies in particular if the patient has previously received help for the same type of illness from an alternative therapist.

More than two-thirds of people who have used alternative medicine stated that they recovered or improved from the treatment, whilst the others became neither better nor worse. More women than men, and more young than old, claimed to have been healed. Improvement is said to occur with greater frequency if alternative treatment is sought early in the disease process.

Two-thirds of those who have not used alternative medicine would consider doing so. The proportion is greater among younger people than among the old.

There is an increasing tendency for patients to tell their doctor that they use alternative medicine, but there are still many who feel that they cannot discuss such issues with their doctor.

Two-thirds of those questioned are positive towards a refund scheme for alternative medicine treatment and four out of five would like a licensing or authorisation scheme for alternative medicine practitioners. A majority of the users of alternative medicine believe that alternative medicine should be offered at hospitals.

The results of the surveys in other countries regarding use of alternative medicine treatment are also discussed. The use of, and public interest in, and research into alternative medicine treatments are on the up in the great majority of countries, and certainly in Europe. The proportion of the population that has visited an alternative medicine practitioner at one time or another varies between 18 and 70 per cent in the countries reported to the Committee, and between 50 and 80 per cent of the population has a positive feeling about alternative therapists.

Just like in Norway, studies in USA and many of the European countries show that women make use of alternative medicine treatment more frequently than men. In most countries for which the Committee has information, consumption of alternative medicine services is greatest in the age range 30-60 years. This use seems to be concentrated on the same types of illnesses and suffering as in Norway.

8 EDUCATION AND ORGANISATION OF ALTERNATIVE MEDICINE PRACTITIONERS

Section 8.2 provides a summary of educational paths for alternative medicine in Norway. The information came from responses to a questionnaire the Committee sent to known educational institutions for alternative medicine in the summer of 1997. The form was sent to 62 places of learning, and the Committee received 39 responses. The summary is therefore not exhaustive.

Education is offered in a range of treatments: acupuncture, acupressure, aroma therapy, biopathy, colour therapy, gestalt therapy, healing, holistic therapy, homeopathy, kinesiology, light therapy, osteopathy, polarity theory, zone therapy, and yoga/ breathing exercises. Some schools offer education in basic medical subjects (which are not alternative medicine, but which are included in some courses of education within alternative medicine).

The schools are mainly concentrated around the Oslo area. Most of them were established during the past 20 years. The schools are run on a private basis and are not entitled to give examinations under the Universities and Colleges Act (except for certain courses in basic medical subjects). Most of the schools are small, with between 10 and 40 students a year. Between 1971 and 1997 about 3,500 therapists qualified at the schools which returned the forms.

The duration of the education varies from brief courses to several years of full-time study. All contain a practice period. Some constitute continuing or further education for health personnel or practitioners of alternative medicine, but most study options are intended as basic education. The entrance requirements vary enormously. Some schools make no formal requirements for entrance, whilst others require completion of a health education (such as nursing or physiotherapy). Some schools vet students for suitability. Most schools offer part-time studies. The price of an education varies from 5,000 to 240,000 NKR for the full package. Annual tuition fees vary between 2,600 and 39,000 NKR. The variation is of course mostly explained by the great variation in scope of course, but variations in price per tuition

hour are also significant. No educational course in alternative medicine has as yet been approved for educational grants from the State Educational Loan Fund.

Section 8.2 also accounts in more detail for the content and scope of the studies, the competence of the teaching staff, the links to research programs, co-operation between schools in Norway and schools abroad, and recruitment from foreign places of learning.

Section 8.3 provides an account of the organisation of alternative medicine practitioners. This information is gleaned from the responses to the questionnaire sent out by the Committee in the summer of 1997 to the 37 known associations of alternative medicine practitioners. The Committee received input from 25 associations. The information cannot be deemed exhaustive. Of the associations that responded to the enquiry, three had been established earlier than 1980, eight were established in that decade and 14 were established in the 1990s. The total number of active members in the associations at 1 July 1997 was 2,604. Some practitioners hold membership in several associations. The membership of the individual association varied between 7 and 385 active members. Some associations organise practitioners in several therapies. Several associations organise practitioners in a specific therapy. Some associations only organise publicly accredited health personnel who practice alternative medicine.

9 HEALTH SERVICE'S ATTITUDE TO AND USE OF ALTERNATIVE MEDICINE

Chapter 9 offers an account of attitudes to alternative medicine in many institutions, organisations and groups of people who make up part of what we can call the health service in the broad sense, and of attitudes expressed by certain other organisations, etc. The account includes political health authorities at the national and local level, political parties, the Norwegian Board of Health and County Medical Officers, educational institutions offering health studies, research environments, public and private health institutions, accredited and authorised health professionals, and students of health subjects. The description builds in part on responses to enquiries from the Committee and in part on other documents and investigations.

One can say that the health service's actions and expressions regarding alternative medicine can take three forms, with continuous transitions between them: dismissive, neutral, and supportive. The Committee's impression is that many people involved in the health service have generally been *dismissive* in recommending or even having any contact with alternative medicine environments. It seems that many have now gone over to a more *neutral* position where they more or less quietly accept alternative medicine as something in the patient's private domain where he or she mainly takes their own decisions. *Active co-operation or referral* is still relatively uncommon, even if a study shows that 65 per cent of doctors refer patients to acupuncture treatment.

The material the Committee builds on shows that female health professionals are generally more positive to alternative medicine than their male colleagues, and the young more positive than the old, and general practitioners more positive than hospital doctors (with surgeons the most dismissive). Physicians who received their education abroad are more positive than those trained in Norway. Nurses and other health professionals are far more positive toward alternative medicine treatment than doctors. Health personnel in other countries and their attitudes to alternative medicine treatment are discussed at the end of chapter 9. Their attitudes seem generally to be more supportive than in Norway. In most non-Norwegian studies known to the Committee it appears that doctors consider that alternative medicine treat-

ments can offer methods and ideas that conventional medicine could benefit from integrating into their own practice. In many countries in Southern Europe doctors have a monopoly for the practice of certain forms of alternative therapy, such as homeopathy.

10 PRESENTATION OF THE REGULATION OF SERVICES AND SERVICE PROVIDERS IN AND OUTSIDE OF THE HEALTH SERVICE

Chapter 10 discusses current Norwegian law regarding areas of significance for the Committee's deliberations. Parts of the relevant health laws are considered, in addition to affiliated legal fields with special emphasis on provisions that regulate practice and practitioners of alternative medicine.

An account of the structure of the health service, its organisation and funding, and the rules that apply to licensed and authorised health personnel are included as background information.

In addition to the rules that apply in criminal law, compensation law and consumer law, the Medical Quackery Act restricting the right for a person who is not a Norwegian doctor or dentist to treat patients, has special significance for the practice of alternative medicine therapies. Among other things the Act lays down limits for the utilisation of certain treatment methods and limits practice to certain specified conditions. Thus the use of prescription drugs, surgical intervention, injections and complete or local anaesthesia is restricted to doctors and dentists. Only doctors are permitted to treat certain contagious diseases, cancer, diabetes, dangerous anemias and goitre in harmful forms. Section 10.4 discusses these provisions in more detail. For instance it discusses the unresolved question of whether acupuncture should be deemed a surgical intervention under the Medical Quackery Act. The Committee feels that this is stretching the wording of the law rather too far, and that there are good reasons for claiming that acupuncture involving no serious risk is legal also for practitioners other than doctors and dentists. The Medical Quackery Act also regulates the use of titles, marketing of business, time spent in the realm, etc. Violations of the law are a criminal offence. Anyone treating patients without being a Norwegian doctor or dentist is also liable to prosecution if the patient's life or health is put under serious threat, either by the treatment itself or by the patient neglecting to seek expert assistance. It does not release the practitioner from culpability if he or she, due to inadequate medical knowledge, failed to understand the nature of the disease or the risk to which the patient was exposed.

In section 10.5 an account is given of the relevant patient rights, particularly the patient's right to select and reject treatment. The basic assumption is that the patient has the right to choose and that examination and treatment must be based on consent. The patient can choose whether to receive treatment if an offer for treatment is given. There also exists a requirement that the practitioner shall offer and provide treatment within a professional code of propriety. Special legal grounds must be shown in order to carry out a non-consensual examination or treatment. In practice the freedom of choice may be limited by other factors, like economy and availability.

Section 10.6 describes regulatory supervision and sanctions within and outside the health service. The Norwegian Board of Health and County Medical Officers supervises the health service and accredited and authorised health personnel and it also processes complaints under the Medical Quackery Act. Other public agencies oversee their respective fields, such as the Consumer Ombudsman and Monopolies Commission. An account is also given of professional quality controls resulting from professional moral codes and disciplinary recourse, etc. The presentation is

largely based on responses to a questionnaire sent to associations for practitioners of alternative medicine in the summer 1997.

In both conventional medicine and some forms of alternative medicine substances are given for internal or external use. The Medicines and Drugs legislation and also sometimes the Foodstuffs Act regulate such substances. These two sets of legislation are very different both in their requirements for products and their rules for sale. Therefore it is vital to distinguish between the substances considered drugs which come under the Medicines Act, and other substances. An account is given of medicines and the rules that regulate them, including special rules for natural medicines. It also discusses the legal situation for natural extracts, dietary supplements and so forth where these are not drugs. For such products the Foodstuffs Act applies, but the Medicines Act also provides rules about advertising of products that are not drugs. The rules for medical equipment are discussed in section 10.8.

Section 10.9 explains the financial support schemes that apply for medical treatment, like free hospital treatment, refunds through the National Insurance scheme, basic and assistance grants and special tax deductions.

Section 10.10 looks at the regulation of alternative medicine from an international perspective.

Section 10.11 discusses proposals for new health acts, particularly the Patient Rights Act and a new Health Personnel Act, see the two law bills, Odelsting Propositions nos. 12 and 13 for 1998-99.

11 THE VIEWS OF ALTERNATIVE MEDICINE PRACTITIONERS REGARDING WHICH PLACE ALTERNATIVE MEDICINE SHOULD HAVE IN THE HEALTH SERVICE

Chapter 11 presents views regarding the place of alternative medicine in the health service received in the responses to the Committee's questionnaire in the summer of 1997. The questionnaire was sent to organisations of practitioners of alternative medicine, educational institutions for alternative medicine, and patient organisations.

The general impression the Committee received from the responses is that most people, in practitioner associations, schools and patient organisations alike, desire more co-operation between, and fuller integration of alternative medicine and the health service.

12 GENERAL DISCUSSION OF EFFICACY EVALUATIONS

Chapter 12 discusses the basis for the method chosen for the efficacy evaluations in chapter 13. The Committee considers it impossible to establish general, exhaustive criteria for what constitutes effective treatment and what outcomes are necessary for a treatment to be used beyond the trial stage. Many factors have to be weighed, including a look at what alternatives exist.

The Committee has, for instance, based itself on discussions of efficacy in other public reports in recent years. These reports do not distinguish between requirements for conventional medicine and alternative medicine. It is pointed out that what should be used as the basis for evaluations of the efficacy of drugs and other treatment measures are good documentation and the potential to verify according to defined scientific criteria. Even though the goal is that the efficacy can be determined before a method is taken into use, it turns out in practice that many measures are implemented without this being done.

The Committee also discusses the placebo effect referring to several approaches that could be useful in interpreting this phenomenon. The efficacy concept in alternative medicine is often subject to a wider interpretation than in the pharmaceutical and method assessments in conventional medicine. This complicates the interpretation of an efficacy study made in alternative medicine. This chapter presents also certain difficulties and limitations connected with the generally used methods of evaluating efficacy. In conclusion the Committee cautions that many other factors, apart from pure scientific fact, will in practice influence the implementation and use of a given method in medicine. For example, patients' and patient organisations' preferences and the marketing campaigns for drugs.

13 EVALUATION OF ALTERNATIVE MEDICINE TREATMENTS' EFFICACY AND SIDE-EFFECTS

An increasing level of research has been going on in western countries in the field of alternative medicine in the past 15-20 years. Several countries, among them Norway, have their own research program for alternative medicine. Sometimes established researchers in scientific subjects have tested alternative methods, but many alternative therapists have also wanted to take part in the scientific research. One problem has been that established researchers often have had little knowledge about treatment methods, while the alternative practitioners often suffer from inadequate training in the scientific method. There has been little development of alternative medicine research environments, and there has therefore been little development of research methods and experimental designs specifically adapted to alternative medicine.

The Committee has evaluated the quality and results of some research on alternative therapeutic forms practised in Norway. The Committee has largely relied on material submitted by organisations as well as educational institutions for alternative practitioners in connection with responses to the Committee's questionnaire in summer 1997. The Committee has therefore not evaluated treatment forms where the organisations have not submitted documentation.

In section 13.2 the Committee has accounted for the criteria that underlie the evaluation of the documentation. A discussion is made of the criteria for efficacy, what references should be used for comparison, the different levels of the documentation, and scientific criteria for evaluation of documentation.

The Committee established a scale with six steps that makes it possible to classify individual treatment methods:

1. *Documented effective*: Extensive positive research results combined with good clinical experience provide a basis for considering the method's efficacy to be duly documented.
2. *Possibly effective*: Some positive scientific research results and good clinical experience exist. The method's efficacy cannot be deemed to be documented until confirmed by further clinical studies.
3. *Conceivably effective*: A few positive scientific research results and some good clinical experience provide a basis for further research into the method.
4. *Inadequate data*: The sparse documentation makes it impossible to draw a conclusion.
5. *No effect*: Extensive negative research results combined with poor clinical experience provide reason to consider the method to be proven ineffective.
6. *Hazardous*: Extensive research results provide reason to consider the method dangerous.

Some members of the Committee want to replace the term «possibly effective» with «probably effective».

The Committee has reached the following conclusions regarding documentation of efficacy:

- *Acupuncture*: The Committee considers acupuncture treatment to be *documented effective* for post-operative and chemotherapy induced nausea in adults. The method is *possibly effective* for nausea in pregnancy, pain following dental surgery, as an aid in detoxification regimes for drug and alcohol rehabilitation, and as an aid for stroke rehabilitation. For treatment of pain following general surgery, chronic pain conditions, asthma and in connection with nicotine withdrawal, the Committee considers acupuncture to be *conceivably effective*. For acupuncture for other pulmonary complaints, the Committee considers there to be *inadequate data*.
- *Aroma therapy*: Essential oils have biological effects. There exists *inadequate data* to evaluate combined treatment with oil, massage and scent with respect to the specific contribution from the oil.
- *Ayurvedic medicine*: Ayurvedic medicine traditions probably contain elements that might be assumed to have therapeutic effects, but the insights regarding specific effectuation mechanisms are defective. The Committee considers documentation in this field provides grounds to consider the method *conceivably effective*.
- *Healing*: The efficacy of healing cannot be dismissed, but no effectuation mechanism is known. The method is deemed *conceivably effective*, but it is not possible to say anything about the effect on specific diseases or groups of diseases.
- *Homeopathy*: The Committee considers homeopathic treatment in general to be *possibly effective*, but find it difficult to provide concrete evaluations of homeopathy in specific conditions.
- *Kinesiology*: There is *inadequate data* to draw any certain conclusions about kinesiology as a system of therapy. There are indications that the muscle testing method has a basis and may be explained by neuromuscular effectuation mechanisms. The Committee considers the muscle testing method to be *possibly effective*.
- *Osteopathy*: The existence of connections inside or outside the spinal cord of nerve fibres from the autonomous and somatic nervous system is accepted as documented. As a clinical treatment method for systemic illnesses the Committee considers Osteopathy to be supported by *inadequate data*.
- *Zone therapy*: There is still *inadequate data* to evaluate this method's clinical efficacy.
- *Transcendental meditation*: Used as a relaxation technique, transcendental meditation is considered *possibly effective*. In relation to dependency issues the method must be considered *possibly effective*. In other conditions, such as cardiovascular illness, there is *inadequate data*.

In general the Committee concludes that alternative treatments seem to have a potential in the treatment of a range of illnesses apart from acute medicine, but research has not come far enough or perhaps is headed in a direction that is unhelpful. The Committee in section 13.5 points to a number of problems in connection with research into alternative medicine, such as small sample size, few systematic verifications of earlier studies, difficulties of obtaining good placebo controls, bias in connection with patient inclusion, unrealistic treatment situations, poor treatment quality, and publication bias.

Research has in many cases been designed according to models from the pharmaceuticals industry. This research is characterised by the need to determine if new drugs have any biological effects whatsoever, and then to determine their clinical suitability. Following this line of research for alternative treatments might be an approach that is unsuitable for the fields in which alternative medicine is practised.

Most people who consult alternative medicine suffer from conditions where conventional medicine already recognises that there are few or no specific medications that provide a cure. For such long-term, but not life-threatening, illnesses and complaints, it is appropriate to take a holistic approach that may consist of several components. Therefore more research should be instigated of whole «treatment packages» to compare conventional medicine's care with the care given by alternative medicine practitioners. This research could, for instance, provide important clues as to which components in a therapist-patient relationship are the key ones either for improvement of a condition or acceptance of it.

14 SUMMARY OF RELEVANT CONCERNS AND FORMS OF LEGAL REGULATION AND OTHER MEASURES FOR ALTERNATIVE MEDICINE

14.1 Concerns

Section 14.1 provides an account of the concerns that arise in evaluating if practice of alternative medicine should be subject to special regulation, and if so in what way this regulation should be accomplished. The concerns will tend to involve different directions. The weight the Committee puts on each concern is given in Chapter 15. The concerns that the Committee feels are relevant are, especially, the concern for an effective and good health service, which embodies predictability and safety in using treatment services, good public health, rational utilisation of the community's resources (good social economy), protection of patients and their integrity, safeguarding patients' right to self-determination, freedom of choice and treatment need, and freedom of establishment for practitioners.

14.2 Legal measures

Section 14.2 provides a presentation of possible forms of legal regulation of alternative medicine. Even regulatory forms that the Committee did not wish to discuss further are reviewed briefly. A distinction is made between negative and positive regulation. The first aims to limit the forms of activity that are recognised by society. Here the Committee discusses criminal law, compensation law, withdrawal of license/authorisation, registration privilege, etc, and supervision of professional activities. Positive regulations aim to recognise and encourage certain types of activity. Those mentioned include the right to register, opportunity to be accredited as a practitioner, etc, right to economic refund for patients, practitioners and businesses, and right to treatment.

The Committee proposes the repeal of the Medical Quackery Act. It also proposes that certain criminal provisions limiting the opportunity to practice treatment activities should be incorporated instead in a proposed new Health Personnel Act, see section 15.2 in this summary. The Committee does not propose changes in other criminal rules of significance for practitioners of alternative medicine, such as the Medicines Act or other, more general laws containing criminal provisions.

The Committee does not propose any revisions in compensation law. Treatment by alternative medicine practitioners is not covered by the provision in the Norwegian Patient Compensation (NPE) rules. The Committee finds that any expansion of

this would have to be considered separately. In connection with a proposal for registration of practitioners of alternative medicine, see section 15.3 in this summary, the Committee proposes a requirement for liability insurance to ensure that injured patients receive economic settlement if the injury triggers compensation.

In connection with the registration scheme that the Committee proposes, the revocation or non-award of registration will represent a sanction. Similarly, revocation of license or authorisation will provide a sanction if such schemes are instituted for alternative medicine practitioners, whether under the terms of the proposed new Health Personnel Act or under a possible special licensing scheme. The question whether to institute such schemes is discussed in more detail in section 15.4, see section 15.4 in this summary.

The Committee does not suggest expanding or formalising the statutory supervision that the Norwegian Board of Health and County Medical Officers carries out to alternative medicine activities. If alternative practitioners get authorisation under the proposed new Health Personnel Act, the oversight regulations that cover health personnel will automatically apply. If special authorisation rules are established, then the Committee's opinion is that a special report is required which also should look into the issue of supervision.

Regulation in the form of right to register or licensing and authorisation is discussed in detail in sections 15.3 and 15.4, which are described in the identical section numbers in this summary.

Similarly, refund from the National Insurance is discussed in section 15.5 and described in section 15.5 in this summary. The Committee has not found grounds to propose or discuss other statutory grant schemes.

The question of whether a special provision should be introduced whereby patients shall have a right to receive treatment from alternative medicine practitioners is dealt with in section 14.2.3.3.

14.3 Non-legal measures

Section 14.3 provides a summary of possible measures of an educational, organisational and economic nature.

Among the educational measures named are an «information bank», research efforts and dissemination of knowledge by general information and educational activities.

Among the organisational measures mentioned are local collaboration projects and projects in institutions and public health.

Economic measures might include funds for local government and county councils, for general public information, for research purposes, and for co-operative projects between the health service and alternative therapists.

The Committee's proposals for measures that should be implemented are given in section 15.6.

15 COMMITTEE'S EVALUATIONS AND PROPOSALS

15.1 Evaluations of principle

Section 15.1 provides an account of the views that the Committee is particularly concerned with in its proposals.

The whole Committee supports the descriptions and evaluations given in the foregoing chapters 1 through 13. The Committee members approached the common formula from different starting points, and have not always shared the same justifi-

cations for the conclusions drawn based on those chapters. However, all Committee members wish to see progress in relation to alternative medicine.

The Committee desires knowledge of alternative medicine to increase and for the patient to have an opportunity to draw benefit from this knowledge, so that the freedom of choice is more genuine and the patient's safety is enhanced. The Committee considers that the patient's best interests, including concerns of self-determination, protection of patient security and the need for treatment, are paramount.

The Committee also desires greater co-operation between alternative medicine and conventional medicine to meet patients' needs. Greater co-operation can also help render alternative medicine practitioners more visible. Some members desire a development that promotes alternative medicine as a complementary offer in addition to conventional medicine treatments, while others want to assess the development before they take a stand on this issue.

Other concerns that the Committee has highlighted are the information we have that many people consult alternative therapists and that the majority is satisfied with the treatment, and that the attitudes to alternative medicine among health personnel are in flux, from dismissive to neutral acceptance.

The range of alternative medicine analyses and treatment forms is large and varied. It is not easy for a patient to find his or her way in this market, or to know what forms of therapy might have a positive effect, and for what illnesses, and which practitioners are serious. Some members want to emphasise that some patients believe they were misled and exploited in their contact with alternative medicine.

The Committee finds that the patients' best interests are to expand the total knowledge about treatment methods. Therefore one should be open to all serious attempts to acquire systematic knowledge. The research methods must be adapted to the object and goals of the research.

The Committee believes that treatment methods to be offered by a public health authority should be adequately documented as efficacious and helpful. Most forms of alternative medicine are today inadequately documented in the Committee's judgement. There exists a research challenge to obtain further knowledge about the efficacy of alternative medicine, particularly considering that so many patients are satisfied with their treatment.

The Committee's mandate asks for an evaluation of the place that alternative medicine should have in connection with the established health service in the future. The Committee will not make proposals on a general basis for inclusion of alternative medicine within the established health service. The Committee prefers to propose measures that can help bring alternative medicine and conventional medicine closer together in a way that the people involved consider fruitful.

The Committee's proposals for measures fall into two main categories - legal measures and other measures, including organisational, educational and economic.

The Committee proposes changes in the criminal restrictions on accepting patients for treatment. It is suggested that the rules be included in the proposed new Health Personnel Act. New, more modern legal rules can spur enforcement of the rules as intended. The Committee suggests weakening the doctors' monopoly on treatment of serious illnesses and complaints, since the Committee recognises the patient's right to self-determination. The Committee further suggests a voluntary registration scheme regulated by law and a statutory vow of confidentiality for alternative medicine practitioners. For more about these proposals see sections 15.2 and 15.3. Beyond this the majority in the Committee do not wish to recommend further legal or regulatory measures for alternative medicine activities at this time.

The Committee itemises other measures that the health authorities can and should make use of to promote developments in relation to alternative medicine and

increase the co-operation between alternative medicine practitioners and the established health service. In the Committee's evaluation the measures should be designed such that they reflect the varying needs, and such that a large range of good treatment offers is available. They should be flexible and suitable for researching the utility of new co-operation forms and alternative medicine treatments. They should therefore be directed at concrete projects or limited trials and be suited to local conditions, including the patient's needs and desires, available personnel resources, and willingness to work together between health personnel and alternative medicine practitioners. Therefore these measures should not be legal in nature, in the sense that alternative medicine practitioners or the health service by law or regulation are assigned obligations or rights. Instead, organisational, educational and economic measures should be used.

15.2 Criminal regulation

The unanimous Committee proposes in section 15.2 the repeal of the Medical Quackery Act and for criminal provisions about non-health personnel therapists to be written into a new chapter in the proposed new Health Personnel Act. This conforms to the proposal in the Ministry of Social Affairs and Health's consultative memorandum of summer 1997. The Committee finds it expedient for the Medical Quackery Act to be replaced by more modern legislation, that can be enforced in line with the presuppositions underlying the regulation.

The Committee's proposal also implies real changes both in relation to today's Medical Quackery Act, to the bill proposed in Odelsting Proposition no. 13 for 1998-99 relating to an Act for Health Personnel etc, and the consultative draft already mentioned. The Committee's proposal means that alternative medicine practitioners get an expanded access to treat patients with serious illnesses. The Committee is very concerned about the patient's right of self-determination and proposes that adults, who are competent to both grant consent and reject conventional medicine treatment, should personally be able to choose to receive alternative medicine treatment without this triggering criminal liability for the therapist. For children and others who are incompetent to give such consent and are suffering from serious disease, the Committee proposes that alternative medicine treatment can be given without prosecution if the health service has no healing or alleviating treatment to offer. In all cases the presumption must be that treatment takes place in co-operation with, or in mutual understanding with, a doctor.

The Committee proposes further that a statutory vow of confidentiality be instituted for non-health service therapists.

15.3 Registration scheme

A unanimous Committee suggests the establishment of a register for practitioners of alternative medicine. The register should be open to health and non-health personnel alike who wish to apply alternative medicine treatment methods. The purpose of such a register and the criteria for registration, etc, are discussed in section 15.3.

The purpose of a registration scheme is to distinguish between practitioners based on a set of criteria. In the Storting decisions that underlie the appointment of the Committee, it says, «the work to distinguish the serious practitioners of alternative medicine in a special register must be intensified». The concept «serious practitioner» and what it implies is not straightforward. The same can be said of setting

up a registration scheme that distinguishes between «serious» and «spurious» practitioners.

The Committee proposes that the criteria for registration should be that the practitioner of a profession is a member of a professional organisation for practitioners of alternative medicine, that he or she has taken out liability insurance and can document his or her business for the past year with the annual report, or general business report, or declaration from an employer. The Committee proposes that the Ministry of Health and Social Affairs should accredit organisations where membership will provide grounds for registration. Among other things the association must make qualification requirements for membership, have professional ethical rules and a disciplinary system for considering complaints about members' professional conduct, with the option of exclusion, and have a minimum of 30 members. The Committee has considered if a requirement for a minimum competency level in basic medical subjects should be enforced, and perhaps also a competency level in the relevant alternative medicine treatment form, but has rejected this. The Committee's proposals regarding legal authorisation and a scheme of Regulations for Registration of Alternative Therapists are given in sections 15.3.6 and 15.3.7.

15.4 Licensing and authorisation scheme

The Committee discusses in section 15.4 if a scheme of licensing or authorisation should be introduced for practitioners of alternative medicine. Such schemes would imply more than registration, and would predicate greater official involvement. Requirements would be made for education and practice and there would be regulatory supervision, etc.

The Committee points out that groups of alternative medicine practitioners can apply for an authorisation scheme to be established under the proposed new Health Personnel Act. If there is a need or basis for an authorisation scheme, then the same general criteria should be brought to bear as for (other) health personnel. The Committee finds it unnecessary and rather unfruitful to suggest a special licensing scheme for alternative medicine practitioners. A special scheme would create uncertainty and confusion, and help sustain the perception that there is a sharp distinction between such practitioners and health personnel. The Committee does not decide whether, and if so which groups of, alternative medicine practitioners should be given authorisation under the proposed new Health Personnel Act. The proposal contains something about the criteria that should be highlighted in the application for an authorisation scheme for a new group.

15.5 Refunding from National Insurance

The question of whether to introduce a scheme of refunds from the National Insurance for alternative medicine treatment is discussed in section 15.5. The Committee majority considers that no such scheme should be introduced. They point out that other authorised health personnel do not necessarily receive a refund for treatment. For instance adult patients do not get a refund for ordinary dental treatment. One argument against introduction of a refund is also the low level of documented efficacy, see chapter 13. The fact that there exists inadequate scientific documentation of the efficacy of some conventional medicine treatment measure that qualify for refunds is not an argument to expand the refund scheme to cover other weakly-documented forms of treatment. The introduction of a refund for more types of treatment would also drive up the public expenditure on the health sector. The Committee's majority believes that, if public funds are to be used on alternative medicine,

they should be channelled to other measures besides refunds. First and foremost measures should be chosen that increase the knowledge about alternative medicine and enhance co-operation between the established health service and practitioners of alternative medicine, see section 15.6. In practice the introduction of a refund scheme for alternative medicine treatment would unleash many difficult differentiation problems.

The minority suggests the introduction of a refund scheme for treatment by alternative medicine practitioners who are registered in the register proposed by the Committee, see section 15.3. One criterion for refund in that case would be that co-operation is established between a doctor and the alternative therapists and that experience shows that the alternative medicine treatment has a positive effect on the patient's health and welfare. The treatment must be of considerable significance for the patient's functional capacity.

15.6 Proposals for other non-legal measures

The Committee proposes using non-legal measures to enhance the knowledge about alternative medicine and promote co-operation between alternative medicine practitioners and the established health service. The committee proposes the establishment of an «information bank». This «bank» can collect and store current information about alternative medicine.

The Committee considers that measures should be initiated to upgrade the research effort in alternative medicine. One should consider if a Centre for Alternative Medicine Research should be set up at one of the universities, among other things to foster a coherent research environment. The «information bank» can be located to this research centre. The Committee considers that in connection with this Centre, one should consider opening an Information Office responsible for disseminating information about various aspects of alternative medicine research and therapy.

Health personnel education should also embrace an introduction to alternative medicine treatment forms, etc, so that health personnel are acquainted with the field.

Further, the Committee proposes that funds be appropriated for co-operative projects. These measures should be flexible, investigative and suited to local conditions. The Ministry of Health and Social Affairs on application should allocate the funds.

The Committee proposes that funds be provided for implementation of the measures mentioned. The Committee suggests the amount of 100 million NKR over a five-year period.

16 ECONOMIC AND ADMINISTRATIVE CONSEQUENCES

The Committee finds that its proposals for changes in the criminal regulation of alternative medicine treatment activities will not have economic or administrative repercussions relative to present-day legislation.

The registration scheme for practitioners of alternative medicine treatment methods as proposed by the Committee will only predicate minor organisational consequences for the national registries at Brønnøysund. The Committee proposes that the expenses of establishment and operation of the register be defrayed by registration fees and an annual fee from those registered, so that the registration scheme essentially has no economic impact on public finances.

The Committee proposes appropriation of an amount of 100 million NKR over a five-year period to be used first and foremost on other (non-legal) measures. This

constitutes the Committee's priority focus area for development of alternative medicine. The funds include certain minor expenditure items that currently figure in the National Budget.

17 DRAFT LEGISLATION AND REGULATIONS WITH COMMENTS

Finally in the Report the Committee includes its proposal for legal revisions and a scheme covering Regulations for Registration of Alternative Therapists, plus comments on the various provisions in the draft.