



DET KONGELIGE
HELSEDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 27

(2002–2003)

Om lov om alternativ behandling av
sykdom mv.

Innhold

Del I	Bakgrunn, begrepsbruk, omfang, holdninger, gjeldende rett, forslag i NOU 1998:21 Alternativ medisin	11	4.2.9 4.3 4.4	Healing Ulike forklaringsmodeller for helse, sykdom og helbredelse Antall utøvere, bakgrunn og utdanningskrav	32 33 35
1	Proposisjonens hovedinnhold	13			
2	Bakgrunn	16	5	Bruk av og holdninger til alternativ behandling	36
2.1	Innledning	16		Omfang og bruk	36
2.2	Stortingsmeldinger, uttalelser fra Stortinget m.v.	16	5.1 5.1.1	Hvem oppsøker alternative utøvere?	36
2.3	NOU 1998:21 Alternativ medisin	17	5.1.2	Hva oppsøkes de alternative utøverne for?	36
2.4	Høringen, den videre oppfølging og senere uttalelser fra Stortinget mv.	18	5.1.3	Hvilke behandlingsformer er mest benyttet?	37
3	Begrepsbruk	20	5.1.4	Alternativ behandling innen den etablerte helsetjenesten.	37
3.1	Innledning	20	5.1.5	Bruk av alternativ behandling i Norden og Europa forøvrig	38
3.2	Begrepsavklaring	20	5.1.6	Oppsummering	39
3.3	Begrepsbruk	21	5.2	Holdninger til alternativ behandling	39
3.3.1	Begrepsbruk i NOU 1998:21	21	5.2.1	Holdninger blant helsepersonell	39
3.3.2	Høringsinstansenes syn på begrepsbruk	22	5.2.2	Holdninger blant brukerne	42
3.3.3	Begrepsbruk i andre land	22	5.2.3	Holdninger blant alternative utøvere	43
3.4	Alternativ eller komplementær? Medisin eller behandling?	23	5.2.4	Oppsummering	44
3.4.1	Forslag til begrepsbruk	23			
3.4.2	Departementets vurdering	24			
4	Nærmere om ulike behandlingsformer	25	6	Kunnskapsstatus og forskningsaktivitet	45
4.1	Innledning	25	6.1	Forskning	45
4.2	Behandlingsformer med størst omfang i Norge	25	6.1.1	Historisk blikk på forskning innen alternativ behandling	45
4.2.1	Akupunktur	25	6.1.1.1	Framveksten av medisinsk vitenskap	45
4.2.2	Homøopati	26	6.1.1.2	Forskningsrådets program for alternativ medisin	46
4.2.3	Soneterapi	27	6.1.2	Internasjonal forskningsaktivitet og kunnskapsutvikling	46
4.2.4	Kinesiologi	27	6.1.3	Aarbakke-utvalgets vurderinger av dokumentasjon	47
4.2.5	Osteopati	28	6.1.3.1	Aarbakke-utvalgets syn på forskning og kriterier for vurdering av effekt	47
4.2.6	Naprapati	29	6.1.3.2	Høringsinstansenes kritikk mot utvalgets forskningssyn og vurderinger	48
4.2.7	Aromaterapi	29			
4.2.8	Ernæringsterapi, kosttilskudd og urtemedisin	30			
4.2.8.1	Ernæring og helsekost	30			
4.2.8.2	Kosttilskudd, vitamin- og mineralterapi	30			
4.2.8.3	Urtemedisin/fytoterapi	31			
4.2.8.4	Ernæringsterapi, kosttilskudd og urter i medisinsk behandling	31			

6.1.4	Departementets vurderinger av forskningsstatus	48	7.14.4.1	Næringsmiddelovgivningen	65
6.2	Kunnskapshåndtering og kunnskapsspredning	49	7.14.4.2	Markedsføring av varer som ikke er legemidler	66
6.3	Utredninger og myndighetsdokumenter i andre land	50	7.14.5	Forslagene i Ot.prp. nr. 55 (2001–2002) Om lov om endringer i legemiddeloven og i lov 12. januar 1995 nr. 6 om medisinsk utstyr	66
6.3.1	Storbritannia	50	7.15	Lov om merverdiavgift	67
6.3.2	USA	50	7.16	Lov om kontroll med markedsføring og avtalevilkår	69
6.3.3	Norden	50	7.17	Lov om pristiltak	70
6.4	Samarbeidsprosjekter og status for integrering av alternativ behandling i helsetjenesten	50	7.18	Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten	70
6.4.1	Integreringsprosjekter på sykehus	50	7.19	Pasientskadeloven	71
6.4.2	Alternativ behandling i primærhelsetjenesten	51	7.20	Straffeloven	72
6.4.3	Bedriftshelsetjeneste og sykefravær	51	8	Rettslig regulering i andre land – internasjonalt regelverk	74
6.4.4	Forhold i enkelte andre land	51	8.1	Innledning	74
7	Gjeldende rettslig regulering	51	8.2	Sverige	74
7.1	Innledning	52	8.3	Danmark	74
7.2	Lov om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur	52	8.4	Finland	75
7.3	Lov om helsepersonell m.v.	54	8.5	Island	75
7.4	Lov om pasientrettigheter	57	8.6	Storbritannia	76
7.5	Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.	58	8.7	Frankrike	77
7.6	Lov om helsetjenesten i kommunene	59	8.8	Nederland	77
7.7	Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern	59	8.9	Tyskland	78
7.8	Lov om vern mot smittsomme sykdommer	60	8.10	EU	78
7.9	Lov om transplantasjon, sykehus-obduksjon og avgivelse av lik m.m.	60	9	Nærmere om forslagene i NOU 1998:21 Alternativ medisin	79
7.10	Lov om medisinsk bruk av bioteknologi	60	9.1	Rettslige tiltak	79
7.11	Lov om svangerskapsavbrudd	61	9.1.1	Innledning	79
7.12	Lov om behandling av personopplysninger	61	9.1.2	Strafferettslig regulering av alternativmedisinsk behandling	79
7.13	Lov om helseregistere og behandling av helseopplysninger ..	62	9.1.3	Lovbestemt taushetsplikt for behandlere som ikke er helsepersonell	79
7.14	Legemiddelovgivningen	63	9.1.4	Egen godkjenningsordning for alternative behandlere	79
7.14.1	Innledning	63	9.1.5	Registerordning for behandlere som bruker alternativmedisinske metoder	81
7.14.2	Legemidler	63	9.1.6	Spørsmål om refusjon fra folketrygden	81
7.14.2.1	Hva forstås med legemidler	63	9.2	Andre virkemidler enn rettslig regulering	82
7.14.2.2	Godkjenning og omsetning av legemidler	64	9.2.1	Innledning	82
7.14.3	Naturlegemidler	65	9.2.2	Informasjon og forskning	82
7.14.4	Kosttilskudd og andre preparater som ikke er legemidler	65	9.2.3	Opplæring og utdanning	82
			9.2.4	Organisering og samarbeid	82
			9.2.5	Forvaltningsansvar for alternativ medisin	83
			9.2.6	Kostnader og økonomi	83

Del II	Departementets grunnsyn – vurdering av andre virkemidler enn rettslig regulering	85	11.4.2.2	Undervisning i alternative behandlingsformer	104
10	Departementets prinsipielle utgangspunkt for forslag til politikkutvikling	87	11.4.2.3	Utredning og evaluering av utdanninger innen alternativ behandling	104
10.1	Innledning	87	11.4.3	Høringsinstansenes syn	105
10.2	Virkefeltet til skolemedisin og til alternativ behandling	89	11.4.4	Utviklingen siden avgivelsen av NOU 1998:21 Alternativ medisin ...	105
10.2.1	Innledning	89	11.4.5	Økt kjennskap til alternativ behandling i utdanninger for helsepersonell	106
10.2.2	Begrepene sykdom og behandling	89	11.4.6	Departementets vurdering	106
10.3	Forbrukerperspektivet	91	11.4.7	Departementets forslag	106
10.4	Nærmere om pasientens selvbestemmelse og muligheter til opplyste og trygge valg	92	11.4.8	Utredning av utdanninger innen alternativ behandling	107
10.5	Spørsmålet om å skille mellom seriøse og useriøse behandlere	94	11.4.9	Departementets vurdering	107
10.6	Forutsetninger for samarbeid og økt integrering med helsetjenesten	94	11.4.10	Departementets forslag	108
10.7	Helsemyndighetenes tilnærming – myndighetsutøvelse, dialog med bransjen – eller en kombinasjon	95	11.4.11	Kvalitetssikring av utdanninger innen alternativ behandling	108
11	Vurdering av andre virkemidler enn rettslig regulering	97	11.4.12	Departementets vurdering	108
11.1	Innledning	97	11.4.13	Departementets forslag	109
11.2	Kunnskapsoppbygging og forskning	97	11.4.14	Tverrfaglige etter- eller videreutdanninger i akupunktur for autorisert helsepersonell	109
11.2.1	Innledning	97	11.4.15	Departementets vurdering	109
11.2.2	Forslag i NOU 1998:21 Alternativ medisin	97	11.5	Administrative og økonomiske konsekvenser av utenomrettslige tiltak	110
11.2.3	Høringsinstansenes syn	98	Del III	Forslag til rettslig regulering	111
11.2.4	Departementets vurderinger	98	12	Forslag til rettslig regulering av alternativ behandling	113
11.2.4.1	Hva slags forskning trenger vi?	98	12.1	Innledning	113
11.2.4.2	Faglig og organisatorisk utvikling av NAFKAM	99	12.2	Kort om NOUens forslag til lovregulering og den videre drøftelse	113
11.2.5	Departementets forslag	100	12.3	Generelt om høringsinstansenes syn	113
11.3	Informasjonsvirksomhet og samarbeid	100	12.4	Nærmere om enkelte overordnede problemstillinger	114
11.3.1	Innledning	100	12.5	Spørsmål om opphevelse av kvaksalverloven – behov for nytt regelverk	115
11.3.2	Forslag i NOU 1998:21 Alternativ medisin	100	12.5.1	Høringsinstansenes syn	115
11.3.3	Høringsinstansenes syn på forslaget i NOUen	101	12.5.2	Departementets vurdering og forslag	116
11.3.4	Departementets vurdering	101	12.6	Regulering i form av egen lov eller som eget kapittel i helsepersonelloven?	117
11.3.5	Departementets forslag	102	12.6.1	Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin	117
11.3.6	Helsemyndighetenes samarbeid med utøverorganisasjonene	102	12.6.2	Høringsinstansenes syn	117
11.4	Opplæring og utdanning	103	12.6.3	Departementets vurdering og forslag	117
11.4.1	Innledning	103			
11.4.2	Forslag i NOU 1998:21 Alternativ medisin	104			
11.4.2.1	Informasjon om alternativ behandling	104			

12.7	Lovens formålsbestemmelse	119	12.13.3	Høringsinstansenes syn	135
12.8	Lovens virkeområde og begrepsbruk samt forholdet til enkelte andre lover	119	12.13.4	Departementets vurdering og forslag	136
12.8.1	Innledning	119	12.14	Behandling av alvorlige sykdommer og lidelser	137
12.8.2	Stedlig virkeområde	120	12.14.1	Gjeldende rett	137
12.8.3	Begrepsbruk og saklig virkeområde	120	12.14.2	Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin	138
12.8.3.1	Begrepet «alternativ behandling» – lovens saklige virkeområde	120	12.14.3	Høringsinstansenes syn	139
12.8.3.2	Begrepet «helsepersonell»	122	12.14.4	Departementets vurdering og forslag	142
12.8.3.3	Begrepet «helsetjenesten»	122	12.15	Bestemmelser om beskyttet tittel og markedsføring	146
12.8.3.4	Begrepet «pasient»	122	12.15.1	Gjeldende rett	146
12.8.4	Forholdet til helsepersonelloven	122	12.15.2	Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin	147
12.8.4.1	Forslag i NOU 1998:21 Alternativ medisin	122	12.15.3	Høringsinstansenes syn	148
12.8.4.2	Høringsinstansenes syn	122	12.15.4	Departementets vurdering og forslag	148
12.8.4.3	Departementets vurdering og forslag	123	12.16	Straffebestemmelser	151
12.8.5	Forholdet til pasientrettighetsloven	125	12.16.1	Gjeldende rett	151
12.9	Lovfesting av frivillig registerordning	126	12.16.2	Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin	152
12.9.1	Gjeldende rett	126	12.16.3	Høringsinstansenes syn	153
12.9.2	Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin	126	12.16.4	Departementets vurdering og forslag	155
12.9.3	Høringsinstansenes syn	126	12.17	Vurdering av behov for ytterligere lovregulering	158
12.9.4	Departementets vurdering og forslag	126	12.17.1	Forsvarlighetskrav	158
12.10	Taushetsplikt	127	12.17.2	Informasjonsplikt	159
12.10.1	Gjeldende rett	127	12.17.3	Informert samtykke	160
12.10.2	Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin	127	12.17.4	Dokumentasjonsplikt	160
12.10.3	Høringsinstansenes syn	127	12.17.5	Opplysnings- og meldeplikter	161
12.10.4	Departementet vurdering og forslag	127	12.17.6	Nærmere om tilsyn med alternativ behandling – spørsmål om et særskilt klage- og/eller tilsynsorgan	161
12.11	Medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko	128	12.17.6.1	Tilsyn med alternativ behandling ..	162
12.11.1	Gjeldende rett	128	12.17.6.2	Spørsmål om et særskilt klage- og/eller tilsynsorgan	167
12.11.2	Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin	129			
12.11.3	Høringsinstansenes syn	129	13	Egen godkjenningsordning eller autorisasjon etter helsepersonelloven for alternative behandlere	169
12.11.4	Departementet vurdering og forslag	130	13.1	Gjeldende rett	169
12.12	Alvorlige sinnslidelser	132	13.2	Forslag i NOU 1998:21 Alternativ medisin	171
12.12.1	Gjeldende rett	132	13.2.1	Spørsmålet om en egen godkjenningsordning	171
12.12.2	Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin	133	13.2.2	Spørsmålet om eventuell autorisering av grupper av alternative behandlere etter helsepersonelloven	172
12.12.3	Høringsinstansenes syn	133	13.3	Høringsinstansenes syn	172
12.12.4	Departementets vurdering og forslag	133			
12.13	Allmennfarlige smittsomme sykdommer	134			
12.13.1	Gjeldende rett	134			
12.13.2	Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin	135			

13.4	Utviklingen etter avgivelsen av NOU 1998:21 Alternativ medisin ...	174	15	Spørsmål om stønad fra folketrygden	194
13.5	Departementets vurdering og forslag	175	15.1	Gjeldende rett	194
13.5.1	Innføring av en egen godkjenningsordning for alternative behandlere	175	15.2	Forslag i NOU 1998: 21 Alternativ medisin	195
13.5.2	Spørsmålet om autorisering av nye personellgrupper etter helsepersonelloven	176	15.3	Høringsinstansenes syn	196
			15.4	Utviklingen siden avgivelsen av NOU 1998: 21 Alternativ medisin ..	198
			15.5	Andre lands rett	198
			15.6	Departementets vurdering	198
14	Registerordning for utøvere av alternativ behandling	180	16	Økonomiske og administrative konsekvenser	200
14.1	Innledning – gjeldende rett	180	16.1	Innledning	200
14.2	Forslag i NOU 1998:21 Alternativ medisin	180	16.2	Økonomiske og administrative konsekvenser av ny lov om alternativ behandling	200
14.3	Høringsinstansenes syn	182	16.3	Økonomiske og administrative konsekvenser av frivillig registerordning for utøvere av alternativ behandling	200
14.3.1	Offentlige instanser og utdanningsinstitusjoner	182			
14.3.2	Utøverorganisasjoner mv.	184			
14.3.3	Helsepersonellorganisasjoner mv. .	184			
14.3.4	Pasient-/brukerorganisasjoner	185			
14.3.5	Utdanningsinstitusjoner innenfor alternativ behandling	185	Del IV	Særskilte merknader til utkast til lov om alternativ behandling av sykdom mv.	203
14.4	Utviklingen siden avgivelsen av NOU 1998:21 Alternativ medisin ...	185			
14.5	Andre lands rett	185	17	Merknader til de enkelte bestemmelsene	205
14.6	Departementets vurdering og forslag	185			
14.6.1	Innledning	185			
14.6.2	Begrunnelse for forslag om opprettelse av en registerordning ..	186			
14.6.3	Skal registerordningen være frivillig eller tvungen?	187			
14.6.4	Nærmere beskrivelse av registerordningen	188			
14.6.4.1	Vilkår for godkjenning av organisasjoner	188			
14.6.4.2	Vilkår for å bli offentlig registrert som utøver av alternativ behandling	190			
14.6.5	Skal det offentlige dekke etableringskostnadene?	192			
14.6.6	Skal registerordningen være selvfinansierende?	192			
14.6.7	Drift og forvaltningsansvar for registeret	193			
				Forslag til lov om alternativ behandling av sykdom mv.	215
				Vedlegg	
			1	Liste over høringsinstansene	217
			2	Alternative behandlingsformer som ikke er omtalt i kapittel 4	220
			3	Antall utøvere og deres bakgrunn .	223
			4	Utdanningskrav	224
			5	NOU 1998:21 Alternativ medisin – utvalgets lovutkast	225
			6	NOU 1998:21 Alternativ medisin – utvalgets forskriftsutkast.....	227



DET KONGELIGE
HELSEDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 27

(2002–2003)

Om lov om alternativ behandling av sykdom mv.

*Tilråding fra Helsedepartementet av 13. desember 2002,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Bondevik II)*

Del I
Bakgrunn, begrepsbruk, omfang, holdninger,
gjeldende rett, forslag i NOU 1998: 21
Alternativ medisin

1 Proposisjonens hovedinnhold

Regjeringen legger med dette frem forslag til ny lov om alternativ behandling av sykdom mv. Samtidig foreslås kvaksalverloven opphevet (lov 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur).

Proposisjonen har som siktemål å etablere et modernisert rammeverk for alternativ behandling i Norge. Dette skal ivareta hensynet til pasientenes valgfrihet og sikkerhet, og legge til rette for en tilnærming mellom helsetjenesten og alternativ behandling basert på ryddighet og redelighet.

Med proposisjonen ønsker Regjeringen å fremlegge sin samlede tilnærming til feltet alternativ behandling. Dette innebærer både forslag til rettslig regulering og tiltak av utenomrettslig karakter. Odelstingsproposisjonen er derfor ikke en ren lovproposisjon idet forslag av utenomrettslig karakter også er bredt omtalt. Kapitlene 3 – 6, 10 og 11 har således fått preg av å være meldingsdel ettersom temaene i disse kapitlene har fått en bredere omtale enn hva de ville fått dersom det hadde vært en ren lovproposisjon.

Stortinget har bedt om en stortingsmelding om alternativ medisin. Etter Helsedepartementets vurdering er det lite hensiktsmessig å vurdere rettslige og utenomrettslige tiltak adskilt. Både forslagene til rettslige og utenomrettslige tiltak tar utgangspunkt i de forslag som er foreslått i NOU 1998:21 Alternativ medisin. De hensyn og formål som lå til grunn for forslagene i NOU 1998:21, inngår som grunnlag for departementets prinsipielle utgangspunkt for forslag til politikkutvikling på feltet, jf. kapittel 10.

For å understøtte lovforslagets formål og for å oppnå den ønskede utvikling på området, ser departementet det som viktig å gjennomføre tiltak av utenomrettslig art i tillegg til rettslig regulering som nevnt. I kapittel 11 er det redegjort for tiltak av utenomrettslig art. Disse tiltakene må sees som ledd i regjeringens arbeid for å oppnå økt forståelse for og anerkjennelse av alternative behandlingsmetoder, samt ivareta forbrukerhensyn slik at bruker/pasient i større grad kan være i stand til å ta trygge og reelle valg angående behandling. Tiltakene skal også gi mulighet til økt integrering og samarbeid mellom alternativ behandling og den ordinære helsetjenesten. Departementet foreslår derfor økt sat-

sing på forsknings- og samarbeidsprosjekter, opprettelse av en egen informasjonsbank og opprettelse av et kontaktforum mellom organisasjoner av alternative behandlere, brukerorganisasjoner og myndighetene. Videre foreslår departementet å utrede behandlingsformene naprapati og osteopati med henblikk på autorisasjon, samt utrede eksisterende utdanninger innen akupunktur og homøopati.

Departementet er av den oppfatning at det er et klart behov for en rettslig regulering av alternativ behandling. Regelverket må balanseres mellom på den ene side hensynet til pasientens valgfrihet, og på den andre side pasientens behov for beskyttelse. I lovforslaget foreslås det derfor at det skal gjelde begrensninger i forhold til hva slags virksomhet alternative behandlere skal kunne utøve. Departementet legger til grunn at hensynet til å ikke utsette pasienten for unødig risiko skal være overordnet. De begrensninger som foreslås innebærer en oppmyking i forhold til begrensninger i eksisterende lovgiving, og er basert på en drøfting av alternativ behandlings virkeområde og forståelsesmodeller av sykdom.

Med begrepet alternativ behandling sikter departementet til virksomhet som har til hensikt å lindre eller behandle sykdom eller skade, samtidig som virksomheten (normalt) ikke er en del av den helsehjelp som gis av helsepersonell innenfor den ordinære offentlige eller private helsetjeneste, for enkelthets skyld omtalt som »skolemedisin». Alternativ behandling kan karakteriseres som en sekkebenevnelse på et stort antall fagretninger med ulikt teoretisk og erfaringsbasert grunnlag, og ulik tilknytning til eller samarbeid med autorisert helsepersonell. Alternativ behandling utøves både av alternative utøvere og av helsepersonell med autorisasjon etter helsepersonelloven. I mange tilfeller benyttes alternativ behandling som et supplement til skolemedisinen. I den sammenheng omtales det ofte som komplementær behandling.

Alternativ behandling får økende utbredelse, og mange som benytter seg av slik behandling mener de har fått god hjelp. Samtidig finnes det eksempler på tilfeller hvor alternative utøvere ikke har vært i stand til å vurdere rekkevidden av sine kvalifikasjoner og sitt tjenestetilbud.

Å sette pasienten i sentrum innebærer, slik departementet ser det, at pasienten også må ha frihet til å velge behandlingsmetoder som ikke er en del av den ordinære helsetjenesten. For pasientens valgfrihet og trygghet er det etter departementets mening viktig at det stilles visse krav til alternativ behandling. For at pasientens valgmuligheter skal være reelle og trygge, mener departementet det må arbeides for å oppnå økt vitenskapelig innsikt i de prinsipper som alternative utøvere bygger sin virksomhet på. Det er i samfunnets og pasientens interesse at effekten av de ulike behandlingsmetodene kan bli dokumentert, og at denne informasjonen blir tilgjengelig for befolkningen og helsetjenesten.

Forbrukerperspektivet er det sentrale i både lovforslaget og i flere av forslagene av utenomrettslig karakter. I lovforslaget legges det vekt på pasientens selvbestemmelse, samtidig som det stilles krav til alternative utøvere når det gjelder redelighet, informasjon og markedsføring. I lovforslaget er det derfor lagt opp til at visse behandlingsformer eller behandling av visse alvorlige sykdommer eller lidelser, skal være forbeholdt autorisert helsepersonell. Etter departementets oppfatning tilsier hensynet til den enkelte pasients sikkerhet og hensynet til beskyttelse av tredjepersons sikkerhet (for eksempel behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer), at det fortsatt bør gjelde noen begrensninger. Forslagene til opprettelse av informasjonsbank, kunnskapsoppbygging og forskning understøtter forbrukerperspektivet. Ved spørsmålet om alternative behandlingsformer skal integreres eller anerkjennes innenfor den ordinære helsetjenesten eller ved spørsmålet om autorisering av nye personellgrupper, vil utdanningssystemet for utøvere stå sentralt. Prinsippet om dokumentert effekt av de ulike behandlingsformer vil også bli tilagt vekt.

Lovforslaget inneholder også forslag om opprettelse av en frivillig registerordning for alternative behandlere. Ordningen innebærer at departementet kan stille krav om at det i organisasjonens vedtekter skal settes bestemte vilkår for medlemskap i organisasjonen dersom organisasjoner ønsker å være en del av registerordningen. Oppfyller organisasjonen disse vilkårene vil organisasjonens medlemmer på nærmere vilkår kunne bli registrert i registerordningen. Vilråene for godkjenning av organisasjoner foreslås fastsatt ved forskrift.

Registerordningen må videre utformes på en slik måte at den kan bidra til å oppnå et skille mellom seriøse og useriøse utøvere av alternativ behandling. Etter departementets oppfatning vil det ved utforming av vilråene derfor være viktig at det blant annet legges vekt på ivaretagelse av pasient-

sikkerhet, styrking av pasientenes informasjonsrettigheter, redelighet hos utøverne, at utøverne pålegges å drive i samsvar med fagetiske retningslinjer og at det innføres klagemuligheter for pasientene.

Det foreslås at Forbrukerombudet skal føre tilsyn med markedsføringen av alternativ behandling, og lovforslaget inneholder derfor også en endring av lov om kontroll med markedsføring og avtalevilkår (markedsføringsloven).

I lovforslaget er det også inntatt en bestemmelse om taushetsplikt for alternative behandlere.

I proposisjonens *kapittel 2* er det redegjort for bakgrunnen for lovarbeidet. I *kapittel 3* drøftes problemstillinger knyttet til begrepsbruk. Som det vil fremgå har departementet valgt å bruke begrepet «alternativ behandling» fremfor begreper som «alternativ medisin» eller «komplementær og alternativ behandling».

I *kapittel 4* er det redegjort for ulike behandlingsformer og forklaringsmodeller for helse, sykdom og helbredelse. Endelig gis det en redegjørelse for antall utøvere, hva slags bakgrunn disse har og hvilke utdanningskrav som stilles innenfor de ulike utøverorganisasjoner. Nærmere spesifisering er inntatt i vedlegg 2 til 4.

Omfanget av alternativ behandling redegjøres det for i *kapittel 5*. Blant annet redegjøres det for hvem som oppsøker alternative utøvere, hva alternative utøvere oppsøkes for og hvilke behandlingsformer som er mest benyttet. Dernest gis det en fremstilling av holdninger til alternativ behandling, henholdsvis hos helsepersonell, brukerne og de alternative behandlerne selv. I *kapittel 6* redegjøres det for kunnskapsstatus og forskningsaktivitet innen alternativ behandling.

I *kapittel 7* er det foretatt en gjennomgang av gjeldende rettslig regulering. Den rettslige reguleringen av forholdet mellom skolemedisin og alternativ behandling er i hovedsak dekket gjennom omtalen i dette kapitlet. Det finnes i dag ingen egen lov som regulerer alternativ behandling generelt. Imidlertid finnes det i den øvrige lovgivning en lang rekke bestemmelser som har betydning for hva slags undersøkelse og behandling som kan utføres av den som ikke er helsepersonell. Rettslig regulering i andre land gjennomgås i *kapittel 8*.

Som nevnt er herværende proposisjon en oppfølging av NOU 1998:21 Alternativ medisin. I *kapittel 9* er det derfor inntatt en særskilt redegjørelse for de tiltak som utvalget foreslo. Det er i den forbindelse skilt mellom rettslige tiltak og andre virkemidler enn rettslig regulering.

I *kapittel 10* har departementet redegjort for hva som er departementets prinsipielle utgangs-

punkter for forslag til politikkutforming på området. Departementet redegjør her for virkefeltet til skolemedisin og til alternativ behandling, herunder begrepene «sykdom» og «behandling». Derne redegjøres det blant annet for problemstillinger knyttet til forbrukerperspektiv, pasientens selvbestemmelse, og spørsmålet om å skille mellom seriøse og useriøse behandlere. Forutsetningen for samarbeid og integrering med helsetjenesten som myndighetenes tilnærming til utøverfeltet er også drøftet. Departementets vurderinger i kapittel 10 danner utgangspunktet eller grunnlaget for de rettslige og utenomrettslige tiltak som drøftes i de påfølgende kapitler.

I *kapittel 11* har departementet vurdert utenomrettslige virkemidler. I den forbindelse drøftes en rekke problemstillinger knyttet til kunnskapsoppbygging og forskning, informasjonsvirksomhet og samarbeid, samt opplæring og utdanning. Departementet har etter dette foreslått økt satsing på forsknings- og samarbeidsprosjekter, opprettelse av en egen informasjonsbank og opprettelse av et kontaktforum mellom organisasjoner for alternative behandlere, brukerorganisasjoner og myndighetene. I tillegg er det foreslått utredninger angående utdanningene innen naprapati og osteopati og en utredning av eksisterende utdanninger innen akupunktur og homøopati, jf. forslag i kapittel 13.

Departementets forslag til rettslig regulering av alternativ behandling er behandlet i *kapittel 12*. Som nevnt foreslår departementet at kvaksalverloven oppheves og erstattes av en egen lov om alternativ behandling. Departementet foreslår at det i loven blant annet inntas bestemmelser om tittelbruk og markedsføring, en egen bestemmelse om regulering av medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko, samt bestemmelser om behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer og behandling av andre alvorlige syk-

dommer, bestemmelse om taushetsplikt, lovfesting av en frivillig registerordning og straffebestemmelse. Departementet foretar til slutt en vurdering av hvorvidt det er behov for ytterligere lovregulering på feltet.

I *kapittel 13* har departementet diskutert hvorvidt det bør innføres en egen godkjenningsordning for alternative behandlere eller om enkelte grupper av alternative behandlere bør gis autorisasjon etter helsepersonelloven. Departementet foreslår at det ikke opprettes en egen godkjenningsordning, og at det på nåværende tidspunkt heller ikke gis autorisasjon til enkelte grupper av alternative behandlere. Imidlertid foreslår departementet å utrede behandlingsformene naprapati og osteopati med henblikk på autorisasjon, samt utredning av eksisterende utdanninger innen akupunktur og homøopati, jf. forslag i kapittel 11.

En registerordning for utøvere av alternativ behandling drøftes i *kapittel 14*. Departementet foreslår at det opprettes en slik registerordning, og at denne skal være frivillig. Ordningen innebærer at departementet skal godkjenne organisasjoner for alternative behandlere som oppfyller nærmere vilkår for å kunne registrere egne medlemmer i registerordningen. Vilkårene for godkjenning av organisasjoner foreslås fastsatt gjennom forskrift. I kapitlet drøfter departementet vilkår for godkjenning av organisasjoner, og deretter vilkår for å bli registrert utøver.

I *kapittel 15* har departementet drøftet spørsmålet om stønad fra folketrygden for alternativ behandling. Departementet foreslår ikke endringer på dette området.

I *kapittel 16* er det redegjort for økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene til rettslig regulering.

Særskilte merknader til lovforslagets enkelte bestemmelser er inntatt i *kapittel 17*.

2 Bakgrunn

2.1 Innledning

Omfanget av alternativ behandling har økt de senere år, og stadig flere ser på dette som et selvstendig alternativ eller et supplement til den helsehjelp som tilbys innenfor den ordinære helsetjenesten. Antall personer som har prøvd en eller annen form for alternativ behandling øker, og flere av de som har prøvd alternativ behandling, benytter slik behandling i et større omfang og for et større antall sykdommer, lidelser og/eller helseproblemer.

Parallelt med dette har også antall utøvere av alternativ behandling økt. Området er preget av stort mangfold både når det gjelder de personellgrupper som tilbyr alternativ behandling, og når det gjelder sykdomsforklaringer og behandlingsformer.

Området er også preget av at det er stor variasjon når det gjelder innhold i og omfang av utøvernes utdanning og faglige bakgrunn. Utdanningenes omfang varierer fra mangeårig heltidsstudium på et nivå som kan sammenlignes med høyskole- eller universitetsutdanning, via deltidsstudium over flere år, og ned til opplæring av svært kort varighet. Av samme grunn er det også store variasjoner når det gjelder det faglige innholdet i de ulike utdanningene. For enkelte utdanninger stilles det krav om forutgående utdanning som helsepersonell, mens andre ikke stiller slike krav. Enkelte utdanninger stiller heller ikke krav om annen formell studiekompetanse som vilkår for opptak.

Enkelte alternative behandlingsformer tilbyr et helhetlig undersøkelses-, diagnostiserings- og behandlingsopplegg for mange sykdommer og lidelser, mens andre begrenser seg til kun å tilby behandling for en mindre eller klart avgrenset gruppe sykdommer eller lidelser.

Innenfor alternativ behandling finnes det også virksomhet som bare i begrenset grad kan sies å tilby behandling av sykdom og lidelse i tradisjonell forstand. Det siktes her først og fremst til virksomhet som retter seg mot økt fysisk og psykisk velvære, for eksempel enkelte massasjeformer, ulike lyd- og fargeterapier, eller opplæring innenfor meditasjon, filosofi eller livssyn.

Et annet kjennetegn ved alternativ behandling er at dette tilbys både av utøvere som er autorisert som helsepersonell etter helsepersonelloven, og av

utøvere som ikke har slik offentlig godkjenning/anerkjennelse som autorisasjonsordningen innebærer. De senere år har også enkelte former for alternativ behandling i varierende grad blitt tilbudt som en del av den helsehjelp som gis innenfor den ordinære helsetjenesten, for eksempel bruk av akupunktur i smertelindring.

Samtidig med denne utviklingen på området alternativ behandling, har det fra ulike hold blitt hevdet at gjeldende lovgivning anses som et mindre hensiktsmessig redskap for å regulere området. Enkelte har hevdet at regelverket bør endres slik at alternativ behandling kan gis større anerkjennelse og integrering med den ordinære helsetjenesten. Andre har derimot hevdet at alternativ behandling er å anse for uvitenskapelig og udokumentert virksomhet, og at det for å beskytte pasienten er nødvendig med et regelverk som setter klare grenser for deres virksomhet og som er mer egnet til å føre kontroll med de ulike utøvernes behandlingsvirksomhet.

2.2 Stortingsmeldinger, uttalelser fra Stortinget mv.

Ved behandlingen av St. meld. nr. 41 (1987–88) Helsepolitikken mot år 2000 – Nasjonal helseplan, påpekte sosialkomitéen i 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. Komitéen understreket videre at det på flere områder kunne være behov for en gjennomgang av hvilken plass alternativ medisin bør ha innenfor det samlede helsevesen.

Ved behandlingen av St. meld. nr. 37 (1992–93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, understreket komitéen i Innst. S. nr. 118 (1993–94) (side 10) viktigheten av tverrfaglig samarbeid for å nå de fastsatte målene for det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Komitéen så det som ønskelig at alternativ medisin fikk sin plass i dette arbeidet. I den forbindelse ble det vist til viktigheten av å videreføre arbeidet med hvordan man kan skille mellom seriøse og useriøse utøvere på dette feltet.

Komitéen viste videre til at mange benytter al-

alternativ medisin med vellykket resultat, og at erfaringer viser at alternativ medisin har noe å tilby både ved fysiske og psykiske lidelser. Komiteén så det derfor som naturlig at seriøse utøvere av alternativ medisin ble invitert 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) Samarbeid og styring – Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste, uttalte sosialkomiteén i Innst. S. nr. 165 (1994–95) blant annet følgende (side 28–29):

«Komiteén 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.»

På bakgrunn av forslag fra komiteén 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.»

Under henvisning til romertallsvedtakene i Stortinget oppnevnte Sosial- og helsedepartementet i april 1997 et utvalg for å utrede ulike sider ved

alternativ medisin. Utvalget ble ledet av prof. dr.med. Jarle Aarbakke. Av mandatet fremgikk det at utvalget blant annet skulle redegjøre for status for alternativ medisin og hvilken plass alternativ medisin hadde i Norge, redegjøre for og drøfte hva som kjennetegner ulike former for alternativ medisin, samt drøfte og vurdere hvorvidt ulike former for alternativ medisin burde ha en plass i tilknytning til det etablerte helsevesen.

Av mandatet fremgikk det videre at utvalget skulle drøfte problemstillinger knyttet til registrering/register for utøvere av alternativ medisin, herunder vilkår for registrering, drøfte problemstillinger knyttet til godkjenningsordninger for grupper av alternativmedisinske utøvere, drøfte og ta stilling til lovtekniske modeller med hensyn til lovregulering av feltet, og drøfte behovet for og foreslå aktuelle klageordninger for brukere av alternativ medisin.

2.3 NOU 1998:21 Alternativ medisin

Aarbakke-utvalget avga sin innstilling 15. desember 1998. Innstillingen er publisert som NOU 1998:21 Alternativ medisin. I innstillingen drøftes en rekke aspekter knyttet til alternative behandlingsformer og utøvere av alternativ medisin. I tillegg drøftes og vurderes en rekke forslag av både rettslig og utenomrettslig karakter.

Utvalgets vurderinger og forslag har tatt utgangspunkt i enkelte overordnede hensyn. For det første hensynet til å sikre befolkningen et godt helsetilbud, styrke folkehelsen og tilstrebe en hensiktsmessig og samfunnsøkonomisk utnyttelse av samfunnets ressurser. Dernest påpekes viktigheten av beskyttelse av pasientene og deres integritet, samtidig som pasientens selvbestemmelsesrett og valgfrihet fremheves. Endelig påpekes hensynet til etableringsfrihet for behandlerne.

Når det gjelder forslag av rettslig karakter foreslo utvalget at kvaksalverloven ble opphevet og erstattet av nye, mer tidsriktige bestemmelser. Disse bestemmelsene ble foreslått inntatt som et eget kapittel i helsepersonelloven, og inneholdt foruten regler om strafferettslig regulering av andre behandlere enn helsepersonell, regler om taushetsplikt og en egen frivillig registreringsordning for utøvere av alternativ medisin.

Utvalget foreslo også bruk av flere utenomrettslige virkemidler for å øke kunnskapen om alternativ medisin, og for å bidra til samhandling mellom alternativmedisinske utøvere og det etablerte helsevesenet. Blant annet foreslo utvalget opprettelse

av en informasjonsbank hvor kunnskap om alternativ medisin kunne samles, igangsetting av tiltak for å øke forskningsinnsatsen vedrørende alternativ medisin, tiltak for å øke helsepersonells kunnskap om alternativ medisin og avsetting av midler til samarbeidsprosjekter mellom skolemedisin og alternativ medisin.

For en kort, samlet redegjørelse for de ulike forslag vises det til kapittel 9. De ulike forslag er deretter presentert enkeltvis og drøftet mer inngående i kapitlene 11 – 15.

2.4 Høringen, den videre oppfølging og senere uttalelser fra Stortinget mv.

Aarbakke-utvalgets innstilling har vært på alminnelig høring, og departementet mottok over 140 høringsuttalelser. Blant høringsinstansene var det til dels delte meninger om utvalgets ulike forslag. Enkelte forslag fikk stor støtte, mens tilbakemeldingene i forhold til andre forslag var mer varierende.

Enkelte høringsinstanser ønsket å opprettholde et klart skille mellom skolemedisin og alternativ behandling, mens andre ønsket økt samarbeid mellom alternativ behandling og skolemedisinen, og økt integrering av alternativ behandling i den ordinære helsetjenesten. I forbindelse med proposisjonens omtale av ulike rettslige og utenomrettslige problemstillinger, vil det bli redegjort for synspunktene i en rekke høringsuttalelser.

I St.meld. nr. 26 (1999–2000) Om verdier for den norske helsetenesta, er forholdet mellom den ordinære helsetjenesten og alternativ behandling omtalt i kapittel 10. Daværende regjeringen Bondevik uttalte blant annet at den vil legge til rette for en ytterligere styrking av forskningen innenfor alternativ behandling, at det vil bli vurdert opprettet en informasjonsbase, og at departementet vil fremme kontakten mellom de alternative behandlingsmiljøene og helsemyndighetene, blant annet gjennom etablering av en kontaktgruppe for alternativ behandling.

Videre er det vist til at Regjeringen tar sikte på å endre lovreguleringen på området, og at det i den forbindelse blant annet vil bli vurdert å oppheve kvaksalverloven (lov av 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur).

Endelig er det i meldingen uttalt at økt kunnskap om alternativ behandling vil kunne gi økt forståelse for den plass dette har i samfunnet, og at departementet derfor vil vurdere tiltak som kan sikre

at helsepersonell får økt kunnskap om dette området. I den forbindelse vises det til at avtalen om helsesamarbeid mellom Kina og Norge fra 1999 vil være ett virkemiddel i dette arbeidet.

Ved behandlingen av St.meld. nr. 26 (1999–2000) uttalte sosialkomiteén i Innst. S. nr. 172 (2000–2001) at det var behov for en gjennomgang av en rekke forhold knyttet til hvilken plass alternativ medisin og alternative behandlingsformer bør ha innenfor den tradisjonelle helsetjenesten. Komiteén viste også til tidligere uttalelser om viktigheten av å skille mellom seriøs og useriøs behandling, og at arbeidet med å dokumentere effekten av ulike former for alternativ medisin ble intensivert. På bakgrunn av komiteéns innstilling fattet Stortinget følgende romertallsvedtak:

Vedtak III «Stortinget ber Regjeringen legge frem en stortingsmelding om alternativ medisin med utgangspunkt i Aarbakke-utvalgets innstilling i løpet av 2002.»

I Budsjettinnstilling S. nr. 11 (2001–2002) har komiteén under Kap. 701, Forskning og forsøksvirksomhet, blant annet uttalt:

«Komiteen viser til en enstemmig merknad i Innst.S.nr.172 (2000–2001) som ble behandlet i Stortinget 27. mars 2001, hvor komiteen anfører følgende:

«Stortinget ber regjeringen legge frem en Stortingsmelding om alternativ medisin med utgangspunkt i Aarbakke-utvalgets innstilling i løpet av 2002.»

På denne bakgrunn fremmer komiteen følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en Stortingsmelding om alternativ medisin med utgangspunkt i Aarbakke-utvalgets innstilling snarest og senest i løpet av 2002. Regjeringen bes i den forbindelse også å vurdere autorisasjon av nye helsepersonellgrupper.»

I regjeringserklæringen til Bondevik II (Sem-erklæringen), er det uttalt at Regjeringen vil fremlegge en stortingsmelding om alternativ medisin på bakgrunn av Aarbakke-utvalgets innstilling.

Etter avgivelsen av NOU 1998:21 tok Norges forskningsråd (NFR) initiativ til å etablere et forskningssenter som beskrevet i innstillingen, og i 2000 ble Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) etablert ved Universitetet i Tromsø. NAFKAM har i 2002 fått bevilgning via NFR på 1,6 millioner kr, og har en bemanning med 1,2 forskerstillinger, 1 stipendiat pluss administrativ leder. Senteret har dessuten ekstern finansiering fra Kreftforeningen og Eckbo-

es legat. Den eksterne finansieringen er knyttet til ulike prosjekter.

I treårsperioden 2001–2003 skal senteret følge opp allerede igangsatte studier og vil initiere studier blant annet innen effektforskning på alternativ behandling, med hovedvekt på akupunktur/akupressur, homøopati, soneterapi, urtemedisin/kosttilskudd, alternativ behandling ved terminal sykdom og registrering og validering av enkeltcases.

Departementet viser også til at ovennevnte samarbeidsavtale mellom Kina og Norge fra 1999 ble forlenget med tre år den 21. oktober 2002. Avtalen inneholder en konkret handlingsplan, og vil innebære et samarbeid blant annet når det gjelder tradisjonell kinesisk medisin. Handlingsplanen legger opp til et samarbeid på institusjonsnivå mellom Kina og Norge og er knyttet til forskning, dokumentasjon, utdanning og utveksling av fagpersonell.

3 Begrepsbruk

3.1 Innledning

Begrepsbruk kan ha politiske og verdimessige implikasjoner. Det er derfor viktig å ha et bevisst forhold til hvilke betegnelser en bruker og deres begrepsmessige innhold. Departementet ser et behov for å definere hvilke begreper som skal brukes om de behandlingsformer som i hovedsak finnes utenfor den etablerte helsetjenesten, og som er tuftet på et annet teoretisk grunnlag. Som det fremgår av NOU 1998:21 Alternativ medisin eksisterer det et mangfold av begreper som brukes om det Aarbakke-utvalget valgte å omtale som «alternativ medisin».

Både i Norge og i andre land brukes begreper som komplementær, tradisjonell eller alternativ om den yrkesmessige behandlingsvirksomheten som foregår utenfor den etablerte helsetjenesten. Dessuten brukes henholdsvis begrepene medisin eller behandling i kombinasjon med de tre førstnevnte.

Gjennom ordvalg som alternativ kan det skapes et inntrykk av at alternative behandlingsformer er et anerkjent og reelt alternativ til den etablerte medisinen. Det er også av betydning hvorvidt noe defineres som et motstykke til det etablerte, eller som noe som utfyller og kompletterer det etablerte. Begrepet komplementær kan gi inntrykk av at behandlingen er å betrakte som et supplement til ordinær helsehjelp, noe som igjen kan skape inntrykk av anerkjennelse.

Enkelte høringsinstanser har foreslått at begrepet «alternativ medisin» ikke brukes i den videre oppfølging av NOU 1998:21 Alternativ medisin. I det følgende vil ulike alternativer bli skissert, og departementet vil her drøfte hvilket begrep som anses som mest hensiktsmessig å bruke i denne proposisjonen. Innledningsvis vil det bli foretatt enkelte begrepsavklaringer.

3.2 Begrepsavklaring

Medisin/skolemedisin

I fremmedordboken defineres medisin som legekunst eller legevitenskap. Begrepene «medisin» og «skolemedisin» forstås ofte som den kunnskapen

leger benytter seg av, og som bygger på vestlig naturvitenskap og som legger en biomedisinsk forståelsesmodell til grunn. Den biomedisinske forståelsesmodellen kan også sies å ligge til grunn for andre grupper av autorisert helsepersonell, f.eks odontologer, bioingeniører, radiografer, sykepleiere m.fl. Begrepene medisin og skolemedisin kan således sies å omfatte den behandling/helsehjelp som utføres av autorisert helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 3 første ledd nr 1. jf. § 48.

Med begrepene medisin og skolemedisin skal her forstås den kunnskap og yrkesaktivitet som er basert på en biomedisinsk forståelsesmodell og som ligger til grunn for den helsefaglige kunnskap som benyttes av autorisert helsepersonell. Begge begreper vil bli brukt i teksten, men vil referere til det samme. Også begrepet offisiell medisin vil i enkelte sammenhenger bli brukt om det samme.

Alternativ medisin

Begrepet alternativ medisin har vært godt innarbeidet i norsk språkbruk over lengre tid. Det er imidlertid et begrep som i hovedsak ikke defineres ut fra hva det faktisk er, men hva det er et motstykke til. Man kan si at alternativ medisin er det som til enhver tid definerer seg selv som helsehjelp, men som faller utenfor det en kan kalle den offisielle medisinen/skolemedisinen. Alternativ medisin blir ofte betraktet som en direkte motsats til den offisielle medisinen. Det vil blant annet si at den ikke anses å oppfylle kravene til vitenskapelighet, dokumenterbarhet og systematisert erfaring.

Følgende kjennetegn blir ofte assosiert med alternativ medisin:

- Behandling som bygger på et annet teoretisk grunnlag enn den offisielle medisinen. Dette henger ofte sammen med en holistisk (helhetlig) tilnærming, til forskjell fra den offisielle medisins naturvitenskapelige tilnærming og biomedisinske kunnskapsgrunnlag.
- Behandlingen har lite innslag av teknologi, men mer vekt på personlig interaksjon mellom pasient og behandler.
- Behandlingen er «myk» og lite invasiv, og anses for å være orientert mot sykdommens grunnleggende årsaker mer enn dens symptomer.

- Behandlingen tilpasses individuelt, og består gjerne av sammensatte opplegg der pasientens egeninnsats er en avgjørende faktor.

Folkemedisin

Med begrepet «folkemedisin» forstås de historiske overleverte kunnskaper, tradisjoner og forestillinger om helse og helbredelse som har forankring i en bestemt kultur/folkegruppe. Folkemedisin har mange fellestrekk med det som defineres som alternativ medisin.

Tradisjonell medisin

Verdens helseorganisasjon (WHO) bruker tradisjonell medisin (Traditional Medicine) som en samlebetegnelse på alternativ medisin og folkemedisin. Det faktum at WHO har holdt fast ved betegnelsen tradisjonell medisin har vært gjenstand for diskusjon. Blant annet skaper det problemer i forhold til hva som skal forstås med begrepet i de ulike land. Det som oppfattes som en del av den offisielle medisinen i et land (for eksempel akupunktur og urtemedisin i Kina), er definert som alternativ medisin andre steder. Av WHO omtales den altså under ett som «tradisjonell medisin». Også i norsk dagligtale kan begrepet skape forvirring da tradisjonell medisin kan oppfattes som et annet ord for skolemedisinen, altså som en motsetning til alternativ medisin.

Komplementær medisin

Begrepet kan sies å være karakterisert av de samme kjennetegn som beskrevet for alternativ medisin, men hvor hensikten er at terapien skal virke utfyllende til den offisielle medisinen, snarere enn å være et alternativ. Begrepet må sies å være en beskrivelse av hvordan en som pasient eller behandler/helsepersonell forholder seg, snarere enn en egen retning som sådan. Hvis behandlingen brukes som et supplement til skolemedisinsk behandling, brukes ofte begrepet komplementær behandling fremfor alternativ behandling. Det er dermed ingen bestemte terapiformer som kun defineres som komplementær medisin. Derimot er det visse terapiformer som ofte brukes komplementært.

Behandlingsbegrepet

Behandlingsbegrepet omfatter ulike behandlingsregimer som har både forebyggende, kurerende og lindrende formål. Behandlingsbegrepet er et dynamisk begrep som indikerer ulike handlingsmønstre, snarere enn å indikere et nærmere avgrenset

virkefelt. Departementet vil presisere at i omtalen av «behandling» innen alternativ behandling og i den rettslige definisjonen, må begrepet bygge på behandlingens hensikt og ikke på en vurdering av dennes effekt. Det vises til en nærmere drøfting av behandlingsbegrepet i kapittel 10.

3.3 Begrepsbruk

3.3.1 Begrepsbruk i NOU 1998:21

I NOU 1998:21 Alternativ medisin er det valgt å bruke begrepet «alternativ medisin». Begrepsbruken i NOUen må sies å speile de begreper som var mest brukt frem til tidspunktet da utvalget ble oppnevnt, jf. Stortingets vedtak i 1995 hvor daværende regjering ble anmodet om å oppnevne et utvalg for å utrede ulike sider ved *alternativ medisin*. I NOUen pekes det på at Stortinget og Sosial- og helsedepartementet trolig har valgt betegnelsen alternativ medisin fordi den, liksom skolemedisin, er mye anvendt i Norge i dag. Utvalget presiserer innledningsvis at også de har valgt å bruke begrepene alternativ medisin og skolemedisin, til tross for at det kan reises kritiske innvendinger mot dem. Valget forklares med at begrepene, slik de benyttes i Norge i dag, gir en meningsfull avgrensning av virksomhetsområdene, samtidig som de synes å være de vanligst brukte begrepene. I kapittel 3 som omhandler begrepsbruk sies det videre:

«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.»

Det påpekes imidlertid at begrepsbruken, når den er definert og presisert, i betydelig grad reflekterer det ståsted man har i forhold til alternativ medisin. Det vises her til at tilhengere av alternativ medisin generelt foretrekker medisin, mens skeptikere foretrekker behandling. Videre vises det til at Den norske lægeforening har vedtatt å konsekvent bruke alternativ behandling og ikke alternativ medisin, om de behandlingsformer som ikke er basert på det foreningen omtaler som den vitenskapelige medisinske skole.

Det pekes videre på at tilhengere av alternativ medisin gjerne bruker ord som alternativ medisin, komplementær medisin, naturmedisin, helhetsme-

disin, ikke-toksisk medisin, holistisk medisin, naturlig medisin, og tradisjonell medisin. Samtidig er det mange i denne gruppen som foretrekker begrepene alternativ eller komplementær behandling blant annet fordi medisin forbindes med medisiner.

3.3.2 Høringsinstansenes syn på begrepsbruk

Begrepsbruk ble kommentert av bare et fåtall av høringsinstansene. De viktigste kommentarene var følgende:

Den norske lægeforening:

«Begrepet «alternativ medisin» er etter Legeforeningens oppfatning uheldig, idet man kan få inntrykk av det representerer vitenskapelig basert behandling med dokumentert effekt. Et mer dekkende begrep er «alternativ behandling.»

Norsk Sykepleierforbund (NSF):

«Aarbakke-utvalget har diskutert begrepsbruk og konkluderer med at det vil benytte begrepene *alternativ medisin* og *skolemedisin*. NSF deler ikke utvalgets syn på at det er disse begrepene som bør brukes. Mange av de aktuelle terapiformene har lite med «medisin» å gjøre, og «alternativ» antyder at det er et «enten – eller», heller enn et supplement og samarbeid. Etter vår mening er begrepet *komplementær behandling* langt mer dekkende, og indikerer i større grad samarbeid og integrasjon.»

Statens helsetilsyn:

«Vi vil understreke at terminologien ikke må tilsløre forskjellen mellom alternativ medisin og ordinær medisinsk virksomhet. Det må være tydelig for brukerne hvilket tjenestetilbud de er i kontakt med. Vi vil derfor påpeke at det er viktig at utøverne av alternative behandlingsmetoder ikke benevnes som alternative medisiner.»

Ellers foreslås også begrepene «naturmedisin» (Norske naturterapeuters hovedorganisasjon, NNH) og «holistisk medisin» (Utviklingsprogrammet Organisering Holistisk Medisin).

3.3.3 Begrepsbruk i andre land

Storbritannia

I Storbritannia brukes begrepet «Complementary and Alternative Medicine (CAM)», jf. rapport fra House of Lords Select Committee on Science and Technology, november 2000, pkt. 8.5. Også begreper som naturmedisin, ikke-konvensjonell medisin

og holistisk medisin ble vurdert i rapporten. Det konkluderes imidlertid med at CAM var det begrepet som oftest ble brukt i Storbritannia, og som derfor ble valgt i rapporten.

USA

CAM benyttes også som begrep i USA, jf. White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy, mars 2002 se pkt. 6.3.2.

EU

I EU brukes ulike uttrykk. Begrepet «ukonvensjonell medisin» er ofte brukt, men også begrepet «komplementær medisin» brukes.

WHO

WHO bruker forkortelsen TCAM, som er en samlebetegnelse på tradisjonell, komplementær og alternativ medisin. Ellers er også begrepet «tradisjonell medisin» mye brukt. WHO legger til grunn en definisjon som kan tolkes slik at enhver behandlingsform som ennå ikke er tatt i bruk i den ordinære helsetjenesten er «alternativ medisin».

Sverige

Begrepet «alternativmedisin» var gjennom 80-tallet det offisielle begrepet i Sverige, jf. nedsettelse av Alternativmedisin-kommittén, og den påfølgende SOU 1989:60 Alternativmedisin. I løpet av 1990-tallet har imidlertid begrepet «komplementær medisin» blitt mer vanlig. Det kan her vises til forskningsrapporter som *Den komplementära medicinens utbredning och tillämpning inom landets landsting* på oppdrag fra Landstingsförbundet (2001), og HSN rapport 12/01 (2001) *Stockholmare och den komplementära medicinen. En studie över befolkningens inställning till och användning av komplementär medicin*.

Danmark

Begrepet «alternativ behandling» ser ut til å være det mest benyttede av helsemyndighetene. Sundhedsministeriet har opprettet et eget *Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling (VIFAB)*. På deres hjemmesider skilles det mellom alternativ behandling (alternative behandlingsformer) og naturmedisin (naturlegemidler, sterke vitamin- og mineralpreparater). Videre har Sundhedsstyrelsen et eget råd for «Alternativ behandling».

3.4 Alternativ eller komplementær? Medisin eller behandling?

Alternativ eller komplementær

Begrepet alternativ kan gi inntrykk av å representere ikke bare et alternativ, men også noe som står i direkte opposisjon til det etablerte. Alternativ kan også oppfattes som noe som er konkurrerende. Begrepet komplementær gir uttrykk for at noe er utfyllende og supplerende.

Begrepet alternativ har vært, og er fremdeles det som er mest brukt i Norge. Flere og flere tar imidlertid i bruk betegnelsen komplementær, enten som tillegg til alternativ, jf. begrepet CAM i Storbritannia og USA, eller i stedet for alternativ, jf. Sverige. For øvrig ser det ut til at det er historiske årsaker til valg av begrepsbruk i de omtalte land.

Medisin eller behandling

Begrepet behandling har den fordel at det ikke gir så sterke assosiasjoner til vitenskapelig dokumentasjon og systematisert erfaring. Begrepet behandling kan tolkes videre enn begrepet medisin, og må sies å favne de ulike terapiformene på en mer dekkende måte enn medisinbegrepet. Medisinbegrepet kan av mange oppfattes slik at det er avgrenset til den virksomhet som utøves av leger, basert på en naturvitenskapelig biomedisinsk forståelsesmodell. Behandling kan ha både et kurativt aspekt, og et forebyggende og lindrende aspekt. Behandling vil imidlertid også kunne omfatte tjenester som kun har økt velvære som formål.

3.4.1 Forslag til begrepsbruk

Det kan skisseres tre ulike løsninger med hensyn til begrepsbruk:

- Alternativ medisin
- Alternativ behandling
- Komplementær og alternativ behandling

Også begrepene komplementær medisin, komplementær behandling og komplementær og alternativ medisin kunne ha vært foreslått. Med unntak av komplementær behandling, som er foreslått av Norsk Sykepleierforbund, er ingen av disse forslagene fremmet verken av høringsinstansene eller av Sosial- og helsedirektoratet. Departementet har derfor ikke funnet det hensiktsmessig å gå inn på en nærmere diskusjon av disse begrepene. Departementet har videre ikke funnet det aktuelt å vurdere begrepene holistisk medisin eller naturmedisin.

En rekke hensyn anses å være avgjørende i for-

hold til valg av begrep. Begrepet skal være mest mulig dekkende og nøytralt i forhold til det virkeområde det beskriver. Begrepet bør videre være i rimelig samsvar med bruken av begreper internasjonalt og i fagmiljøer i Norge. Til slutt bør begrepet være mest mulig entydig, spesielt i rettslig sammenheng.

Alternativ medisin

Begrepet alternativ medisin kan gi et innskrenkende inntrykk av den faktiske virksomheten, og er trolig det minst dekkende av de tre ovennevnte alternativene. Begrepet medisin kan også forveksles med medisiner. Begrepet er lite nøytralt ettersom det kan gi assosiasjoner til skolemedisinen, og kan dermed gi inntrykk av vitenskapelighet og dokumenterbarhet. Imidlertid er begrepet best i samsvar med internasjonal språkbruk, da medisin, satt sammen med ulike prefikser, går igjen i mange offisielle betegnelser (jf. Storbritannia, USA, Sverige, EU, WHO). Medisin er også innarbeidet særlig i utøvmiljøene, og er fremdeles det begrepet som brukes i offentlige dokumenter. Begrepet er det som må sies å være enklest å bruke, ettersom det allerede er innarbeidet i det norske språket.

Alternativ behandling

Begrepet alternativ behandling er dekkende i den forstand at de aller fleste vil forstå hva begrepet innbefatter, og at det handler om behandling som har med helse og sykdom å gjøre. Med dette alternativet mister en imidlertid den uttalte forståelsen og anerkjennelsen som ligger i begrepet komplementær, men det kan hevdes at dette likevel vil forstås implisitt. Begrepet er antakeligvis det som er mest nøytralt av de ulike alternativene. Med hensyn til internasjonal bruk, er begrepet i samsvar med den danske betegnelsen og brukes også i utøver- og fagmiljøer i Norge i dag. Begrepet alternativ behandling må sies å være enkelt i bruk og vil antakeligvis lett innarbeides i det norske språket. Dette begrepet er antakeligvis også det de fleste intuitivt vil velge som erstatning for begrepet alternativ medisin. Det ble også foreslått av enkelte høringsinstanser.

Komplementær og alternativ behandling

Begrepet komplementær og alternativ behandling antas å gi den mest dekkende beskrivelse av feltet. Tilføyselsen av komplementær i tillegg til alternativ kan innebære en større forståelse og anerkjennelse av feltes virkeområde. Dette gjør antakelig begre-

pet mindre nøytralt enn for eksempel begrepet alternativ behandling. Begrepet er delvis i samsvar med begrepsbruken internasjonalt (jf. UK, USA og til dels Sverige), og harmonerer også delvis med språkbruken innen fagmiljøene (jf. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin – NAFKAM). Imidlertid er begrepet relativt tungvint i bruk både i dagligtale og skrift.

3.4.2 Departementets vurdering

Begrepet behandling vurderes å være et mer hensiktsmessig begrep enn medisin. Dette kan begrunnes med at behandlingsbegrepet kan tolkes videre, samtidig som det ikke gir så sterke assosiasjoner til vitenskapelig dokumentasjon og systematisert erfaring.

Departementet vurderer det som mest hensiktsmessig å bruke begrepet alternativ behandling fremfor komplementær og alternativ behandling. Begrepet er enkelt i bruk, særlig i rettslig sammenheng, og er det som er mest nærliggende å benytte i stedet for alternativ medisin. Begrepet må sies å dekke det aktuelle feltet på en tilfredsstillende måte, og er det begrepet som er mest nøytralt.

Departementet har derfor valgt å bruke begrepet alternativ behandling i rettslig sammenheng, og i den generelle omtalen av feltet.

Begrepet behandling er generelt og brukes også på andre saksfelt. Det vil ofte fremgå av sammenhengen at det er helserelatert behandling det siktes til når man bruker begrepet alternativ behandling. I en lovtittel bør det imidlertid angis på en utvetydig

måte hvilket område loven gjelder. Departementet foreslår derfor at den lov som foreslås gis tittelen lov om alternativ behandling av sykdom mv. I proposisjonen for øvrig brukes den kortere versjonen alternativ behandling.

Begrepsbruken er tilnærmet konsekvent i hele proposisjonen. Det innebærer også at departementet bruker begrepet alternativ behandling der andre i utgangspunktet har brukt begrepet alternativ medisin (NOUen, høringsuttalelsene mv.). Begrepet alternativ medisin er likevel brukt der hvor det historisk sett anses mest naturlig å anvende dette begrepet, samt i sitater, navn på dokumenter, komiteer, institusjoner og organisasjoner.

I de sammenhenger der det anses hensiktsmessig vil begrepene komplementær og alternativ behandling eller komplementær behandling kunne bli brukt. Det skal likevel understrekes at begrepet alternativ behandling også omfatter terapier som anvendes med et komplementært siktemål. Med begrepet alternativ behandling skal her forstås hele det aktuelle feltets virkeområde; det vil si bruk av behandling både som et alternativ og som et supplement, både med konkurrerende, utfyllende eller sammenfallende filosofisk og teoretisk grunnlag som skolemedisinen.

Til slutt må det understrekes at valg av begrepet alternativ behandling ikke bygger på en vurdering av eventuell *effekt*, men på behandlingens *hensikt*. Begrepsbruken er med andre ord ikke å forstå som en offisiell bekreftelse på at de aktuelle behandlingsformene virkelig representerer et anerkjent og reelt vitenskapelig basert alternativ til den offisielle medisinen.

4 Nærmere om ulike behandlingsformer

4.1 Innledning

Det er vanskelig å oppnå oversikt over hvor mange alternative terapi- og behandlingsformer som tilbys og/eller anvendes i Norge i dag. I dette kapitlet gis en oversikt over en del terapiformer. Oversikten er basert på utøvermiljøenes egne fremstillinger av metode og terapiform. Verken antall terapiformer som beskrives, eller beskrivelsen av den enkelte terapiform er uttømmende. For en mer utfyllende oversikt viser departementet til NOU 1998:21 Alternativ medisin. Imidlertid kan denne beskrivelsen gi et inntrykk av mangfoldet av hvilke terapiformer som tilbys i Norge. Det er gitt ulik plass til beskrivelsen av de enkelte terapiformer. Departementet har valgt å gi en relativt sett mer grundig beskrivelse av de terapiformer som er vurdert å ha størst omfang, eller som har størst likhetstrekk med terapiformer som brukes innen den ordinære helsetjenesten. Det vises ellers til vedlegg nr. 2 for en oversikt over andre behandlingsformer.

Fremstillingen er i hovedsak basert på Aarbakke-utvalgets beskrivelse i NOU 1998:21, samt Helsehåndboka 2002–2003 som gis ut av Alternativt Nettverk og som gir en oversikt over hva som tilbys av alternative behandlingsformer i Norge. Når det gjelder beskrivelsen av akupunktur er denne justert i forhold til beskrivelsen i NOU 1998:21, basert på innspill i den påfølgende høringsrunden. Beskrivelsen av urtemedisin/fytoterapi under punkt 4.2.8.3 er i sin helhet basert på innspill fra aktuell høringsinstans. Beskrivelsen av ernæringssterapi, kosttilskudd og urter i medisinske behandling under punkt 4.2.8.4 er basert på eksterne innspill fra alternativt orienterte leger i Norge i dag, ettersom dette temaet i liten grad var behandlet i NOU 1998:21.

Rekkefølgen på fremstillingen er vilkårlig. Det kan imidlertid nevnes at homøopati, akupunktur og soneterapi i nevnte rekkefølge er de terapiformer med størst omfang i Norge i dag. Det må presiseres at beskrivelsene tar utgangspunkt i hvordan utøvermiljøene og deres organisasjoner selv fremstiller sin metode og behandlingsform. I likhet med Aarbakke-utvalget har heller ikke departementet foretatt en kildekritisk vurdering av materialet.

Det gis videre en kort innføring i de forklaringsmodeller som brukes innen alternativ behandling.

Forklaringsmodellene skiller seg i varierende grad fra skolemedisinske forklaringsmodeller. I tillegg preges de av stor indre variasjon. Målsetningen med dette avsnittet er å presentere de viktigste modellene som ligger til grunn for forståelse av helse, sykdom og helbredelse innen behandlingsformenes virkeområde. Dette er av interesse både i forbindelse med aktuell rettslig regulering av feltet, og i forbindelse med kunnskapsoppbygging, forskning og informasjonsvirksomhet, samt i vurderingen av aktuell integrering med helsetjenesten. Fremstillingen tar ikke sikte på å være uttømmende. Med unntak av omtalen av skolemedisinsk forklaringsmodell, bygger presentasjonen på NOU 1998:21. Også her valgte Aarbakke-utvalget å la de forskjellige utøverne av alternativ medisin beskrive sin egen metode og bakgrunn. Utvalget foretok ingen kildekritisk vurdering av materialet. Det må igjen understrekes at departementet ikke tar stilling til innholdet.

4.2 Behandlingsformer med størst omfang i Norge

4.2.1 Akupunktur

Ordet akupunktur kommer fra de to latinske ordene *acus* = nål, *spiss* og *punctur* = punktere, stikke. Akupunktur benyttes hovedsakelig på to måter; som egen behandlingsfilosofi eller kun som en behandlingsmetode. Som egen behandlingsfilosofi følger den de tradisjonelle, klassiske kinesiske prinsipper, hvor man ser på mennesket som et system der alle kroppsdelene er i en kontinuerlig interaksjon som utgjør helheten. 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. I akupunktur inngår blant annet bruk av ulike mikrosystemer. Mikrosystemene omfatter øreakupunktur, neseakupunktur, skalleakupunktur, oral akupunktur og håndakupunktur.

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

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. I Norge oppsto den store interessen for akupunktur først etter at en norsk legegruppe var i Kina 1972. Det begynte med interessen for akupunktur innen feltet anestesi, og fortsatte med akupunktorens muligheter innen smertelindring. En av pionerene her var professor Birger Kaada. En annen norsk pioner var legen Vilhelm Schjeldrup som utga boken «Legekunsten på nye veier» i 1974, og dannet Norske legers forening for Akupunktur i 1980.

Beskrivelse av behandlingsformen

I tradisjonell kinesisk medisin (TCM) ser man på sykdom som en ubalanse i kroppens energisystem. Det kan være for lite energi ett sted, og for mye ett annet. All smerte er et uttrykk for en stagnasjon av energi, dvs., for mye energi på feil sted. Nåler settes da i spesielle punkter og stimuleres for å bevege energistagnasjonen og dermed fjerne smerten. TCM ser på kroppen som en helhet bestående av en rekke organer og energikretsløp som må være i indre balanse og harmoni.

Nålene som benyttes settes i spesielle akupunkturpunkter som finnes over hele kroppsoverflaten. Det er ca. 400 forskjellige akupunkturpunkter på hver kroppshalvdel. Akupunktur nålene er meget tynne og stikkes i varierende dybder, avhengig av lokalisering, og står vanligvis inne i 20–40 minutter. Til hver behandling brukes det vanligvis mellom 3 til 15 nåler.

Hva terapien brukes for

I Kina har akupunktur vært brukt som en forståelsesmetode og behandlingsform for de fleste lidelser. I vesten er akupunktur hyppig brukt ved smertebehandling, blant annet smerter i muskel/skjelettsystemet, samt hodepine og migræne. Akupunktur er også brukt som smertebehandling etter tannkirurgi. Akupunktur er hyppig brukt ved kvinnelige lidelser som menstruasjonsplager, infertilitet, svangerskapskvalme, brystbetennelse og klimakteriebesvær. Akupunktur brukes videre mot post-operativ kvalme, samt kvalme etter cellegiftbehandling. Ellers benyttes akupunktur ved astma,

samt andre luftveislidelser, allergi, fordøyelsessykdommer, spedbarnskolikk, sykdommer i urinveiene med mer.

4.2.2 Homøopati

Historikk

Ordet homøopati kommer av de greske ordene «homoios», som betyr lik eller lignende, og «patos», som betyr sykdom. Dette avspeiler homøopatiens hovedprinsipp – likhetsloven. Det homøopatiske prinsipp er beskrevet i gamle kinesiske, indiske, hebraiske og arabiske skrifter. Likhetsloven ble beskrevet allerede av Hippokrates (460–377 f.Kr) gjennom hans postulat «sykdom elimineres gjennom midler som kan fremkalle lignende symptomer på friske mennesker».

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 malariafeber, også kunne *fremkalle* malarialignende symptomer.

J.C.C. Wang var visstnok den første norske homøopaten og han praktiserte i 1860-årene. Den første norske homøopatiforeningen ble stiftet i 1928. Norsk Homøopatisk Pasientforening ble dannet i 1951.

Beskrivelse av behandlingsformen

Likhetsloven 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 sykdomsbilde. En homøopat søker å finne det preparat som kan etterligne flest av pasientens symptomer. Man forsøker å danne et symptom-bilde (som i homøopatien kalles et «*legemiddelbilde*») som igjen vil danne basis for senere ordinasjon av stoffet etter likhetsprinsippet. Det homøopatiske preparat antas å provosere organismen til å gi en motrespons som virker legende.

Homøopatiske preparater selges på apotek. Preparatene er fremstilt ved potenseringer/fortynninger av mineraler/metaller, urter og organiske stoffer i vann, alkohol eller laktose. Den homøopatiske farmakopeen inneholder over 2 000 stoffer. Av disse benyttes 5–600 hyppig i daglig praksis.

I tillegg til den klassiske homøopatien som er beskrevet ovenfor har man også det som kalles kompleks homøopati. Når terapeuten ikke finner et preparat som dekker hele symptom-bildet, gir noen

behandlere midler vekselvis, og andre gir flere midler samtidig. Denne behandlingsformen brukes oftere av tverrfaglige naturterapeuter enn av homøopater. Kompleks homøopati skiller seg dermed fra klassisk homøopati der det kun forskrives et preparat av gangen.

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 videre en individuell behandlingsform. Pasienter som ifølge skolemedisinske kriterier ville få *samme diagnose*, kan etter en homøopatisk vurdering ha behov for helt forskjellige homøopatiske preparater, da det totale symptombildet etter en slik vurdering kan variere mye fra individ til individ.

Homøopater oppsøkes 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 oppsøkes homøopater ofte av pasienter med hodepine, kvinnelidelser (premenstruelt syndrom og menstruasjonsplager), plager under svangerskap (svangerskapskvalme, svangerskapsdepresjon og bekkenløsning), urinveisplager (spesielt gjentatte infeksjoner i blære) og fordøyelsesplager.

4.2.3 Soneterapi

Soneterapi er terapeutisk massasje og trykk på bestemte områder/reflekssoner. Fotsoneterapi er basert på et system av soner i føttene som skal gjenspeile 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 punkt-massasje av slike affiserte soner.

Historikk

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. 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 undervisningen i USA. Den form for fotsoneterapi som senere har fått gjennomslag innen alternativ behandling, stammer fra en av Fitzgeralds elever, Eunice Ingham.

Beskrivelse av behandlingsformen

Prinsippet innen soneterapien er at hele kroppen avspeiles såvel i føttene som i hendene. Høyre fot/hånd representerer høyre kroppshalvdel, og venstre fot/hånd venstre kroppshalvdel. De forskjellige sonene er lokalisert i en anatomisk rekkefølge som korresponderer med organer og vev som finnes i kroppen. Dette har blitt referert til som det bioholografiske prinsipp.

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. Dersom et organ er affisert av sykdom eller svekket, vil underhudsvevet i den tilsvarende sonen som palperes være hard, stram, øm og/eller smertefull. Behandling av denne sonen vil virke inn på det respektive vev/organ. Selve behandlingen består i det vesentlige av punktmassasje av affiserte soner. Teknikken kan variere, likeledes antallet affiserte soner som behandles hver gang.

Hva terapien brukes for

Soneterapi fremmer først og fremst pasientens selvhelbredende prosesser, og har derfor et bredt indikasjonsområde. Behandlingen kombineres ofte med annen behandling. Det er vanlig at norske soneterapeuter også behersker andre former for alternativ 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.

4.2.4 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 til-

standen og påvirker kroppens livsenergisystem i den hensikt å skape balanse – strukturelt, kjemisk og psykisk.

Historikk

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. I 1989 ble Den Norske Kinesiologiforening etablert.

Beskrivelse av behandlingsformen

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 manipulasjonene han gjorde hadde på spesielle muskler, og hvorvidt behandlingen bedret musklenes evne til å holde stabilt imot et manuelt test-trykk. Han oppfattet dette som en indikator på musklenes evne til livsenergigjennomstrømning og derved helsetilstand.

Kinesiologen behandler ikke sykdommer eller symptomer som sådan. I følge utøverne kan man imidlertid teste og balansere 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 man skal behandle pasienten for å balansere vedkommendes blokkerte livsenergi.

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, kiropraktorer, naturterapeuter, tannleger, psykologer og pedagoger. Kinesiologi brukes i stor grad som et diagnoseverktøy. Det kan gi en indikasjon på hvilke kroppssystemer problemet ligger i, og hvilken eller hvilke terapeutiske tilnærminger som egner seg best for hvert tilfelle.

4.2.5 Osteopati

Osteopati er en manuell behandlingsform som har til formål å normalisere funksjons- og bevegelses-

forstyrrelser. Osteopatisk behandling søker å stimulere kroppen til selv å gjenvinne normale funksjoner og derved bli i stand til å lege seg selv. Osteopatisk behandling tar sikte på å fremme en optimal funksjon i neuro-muskulo-skjelettsystemet som påvirker alle systemer i kroppen inklusive indre organer.

Historikk

Osteopati som terapiform er grunnlagt av den amerikanske legen Andrew Taylor Stills på slutten av 1800-tallet. I sin søken etter hvilke faktorer som påvirker at enkelte mennesker blir syke og andre ikke, utviklet han en ny skole i medisin. 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. Behandling av kraniet og faciestrukturer ble tilført osteopatien på 1930-tallet av William G. Sutherland.

Beskrivelse av behandlingsformen

Osteopaten benytter hendene til å normalisere bevegeligheten i kroppens ulike vev. Det gjøres gjennom tøyning, mobilisering, manipulasjon og ulike teknikker som blant annet muskulære teknikker, artikulære teknikker, funksjonelle teknikker og kjeveleddsteknikker. De ulike osteopatiske undersøkelsesteknikkene korreleres mot hverandre for å gi et best mulig grunnlag for utvelgelse av behandlingsteknikker.

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 økt bevegelighet.

Artikulære teknikker (manipulasjon uten impuls) brukes dersom bevegeligheten er redusert i ledd. Dette bedrer den lokale leddbevegelighet og sirkulasjon.

Dersom bindevevsstrukturer rundt organer innehar forminsket bevegelighet, vil man bruke mobilisering som behandlingsmåte. Den aktuelle delen av kroppen blir da gjentatte ganger tøyd og beveget i riktig retning.

Hva terapien brukes for

Oftest oppsøkes en osteopat for lidelser i muskel- og skjelettsystemet, som for eksempel ryggsmær-

ter, nakkesmerter og bekkensmerter. I tillegg behandles ofte fordøyelsesproblemer. Hos kvinner kan osteopatisk behandling benyttes ved: premenstruelle smerter, barnløshet, underlivssmerter som følge av bekkenløsning (under og etter svangerskapet) eller inkontinens. Barn behandles særlig for kolikksmerter, hyperaktivitet, lese- og skrivevaner, balanseproblemer, konsentrasjonsproblemer og problemer i fordøyelsessystemet.

4.2.6 Naprapati

Naprapati er også en manuell behandlingsform. Den 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.

Historikk

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 (læresete 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.

Beskrivelse av behandlingsformen

I naprapatien legges det stor vekt på at man får en riktig og symmetrisk kroppsholdning. Man undersøker pasientens bevegelsesevne, lokaliserer smerter, og 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.

Behandlingen varierer, 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 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.

Hva terapien brukes for

Naprapatien behandler spesielt lidelser i rygg og nakke, sener og muskler. I henhold til naprapatien kan stølheth 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.

4.2.7 Aromaterapi

Aromaterapi er en fellesbenevnelse for ulike bruksmåter av eteriske oljer. De eteriske oljene 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 indre balanse.

Historikk

Hippokrates brukte blant annet timian, karve, peppermynte og merian i sin behandling.

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.

Beskrivelse av behandlingsformen

Ved en aromaterapimassasje blander terapeuten oljene i henhold til pasientens spesifikke lidelser. Riktig bruk og kombinasjoner av de eteriske oljene anses som svært viktig. De eteriske oljene opptas lett av huden og absorberes av kroppen, og hevdes å kunne påvirke hele organismen. Oljene antas å ha en virkning både fysisk og psykisk. Aromaterapi er mest kjent gjennom massasje, og blir beskrevet som en behagelig, avslappende og regenererende behandlingsform.

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 lidelser eller tilstander diagnostisert av leger eller analysert av alternative behandlere.

4.2.8 Ernæringssterapi, kosttilskudd og urtemedisin

4.2.8.1 Ernærings- og helsekost

Innen *ernærings- og helsekost* finnes en rekke ulike terapiformer hvor diett er det sentrale elementet.

Historikk

Gjennom de siste 100 årene har interessen for kostholdets betydning for helsen vært økende. Blant pionerene på 1800-tallet 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 forrige århundreskifte, og i Norden fikk Friskisportbevegelsen stor utbredning i mellomkrigstiden med svensken Are Waerland som en av foregangsmennene.

Beskrivelse av behandlingsformen

Mange alternative behandlere mener kosthold er en av de viktigste faktorene for å opprettholde og gjenvinne god helse. En del av disse utøverne gir derfor råd om kosthold og kosttilskudd som del av en helhetsbehandling. De råd om kosthold og dietter som blir gitt, avviker ofte i stor grad fra de offisielle anbefalinger om sammensetning av kostholdet. Det bør imidlertid understrekes at også blant autorisert helsepersonell kan bruk av ulike dietter stå sentralt.

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

- matvareallergi og intoleranse
- tarmfloraforstyrrelser
- candida-syndrom
- makrobiotisk diett
- vegetar- og vegandietter
- økologisk og biodynamisk kosthold
- blodtypediett
- steinalderdiett
- dietter som vektlegger riktig balanse mellom proteiner og karbohydrater (jf Dr. Atkins, glykemisk indeks, sonediett)

Hva terapien brukes for

Mange alternativ behandlere anbefaler diett ved en rekke sykdommer og plager, som hjerte- og kar sykdommer, kreft, høyt blodtrykk, sukkersyke, tarmlidelser, allergi og revmatisme.

4.2.8.2 Kosttilskudd, vitamin- og mineralterapi

Bruken av vitaminer, mineraler og andre kosttilskudd, såkalt orto-molekylær terapi, er utbredt innen alternativ behandling. 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 de riktige molekylene i de riktige mengdene.

Beskrivelse av behandlingsformen

Mange utøvere av alternativ behandling anser det som viktig at kroppen er i ernæringsmessig balanse for å kunne respondere på behandling, og gir derfor råd om å innta kosttilskudd. Synet på ernæringens betydning for helsen er at mangeltilstander og ikke optimal ernæringsmessig ubalanse anses for å være vanlig, og at kosttilskudd dermed kan ha et betydelig terapeutisk potensiale. Igjen må det understrekes at også innen den ordinære helsetjenesten anbefales det i mange tilfeller tilskudd av ulike vitaminer og mineraler.

Blodprøver blir ofte benyttet i diagnostikk av mangeltilstander innen den etablerte medisin, men kun terapeuter som samarbeider med leger har adgang til disse analysene. 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. Mye brukt er håranalyse, hvor innholdet av mineraler måles i en hårprøve som sendes til utlandet (for eksempel Tyskland eller USA). Ut fra denne analysen foreskrives kosttilskudd.

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
- Omega-3 fettsyrer – ved leddsmerter og for å forebygge hjerte- og karsykdom

- Omega-6 fettsyrer – mot atopisk eksem og PMS (nattlysolje)

4.2.8.3 Urtemedisin/fytoterapi

Fytoterapi er det samme som urtemedisin. Det er bruk av planter som brukes ubehandlet eller i konsentrater, avkok og essenser fra røtter, stengler, blader og frø. Urter brukes i hovedsak som egenbehandling for lettere sykdommer og plager, men blir også forskrevet av alternative behandlere i hensikt å behandle spesielle tilstander.

Beskrivelse av behandlingsformen

Fytoterapi beskrives som en holistisk behandlingsmetode, hvor mennesket blir behandlet utfra et helhetlig perspektiv, og ikke kun utfra en spesifikk lidelse/symptom. En fytoterapeut har kjennskap til planter kjemi og farmakologiske virkeområde. Det benyttes ikke ferdiglagde naturmidler, men blandes egne miksturer som er individuelt tilpasset hver pasient.

Det beskrives to overordnede strategier for å oppnå effekt, henholdsvis *fysiologisk forsterkning* og *fysiologisk kompensasjon*. Målsettingen *med fysiologisk forsterkning* er å optimalisere kroppskjemien ved å forbedre ernæringen og forsterke avgiftningen, samt å optimalisere kroppsenergien ved å heve vitaliteten. Spesifikk fysiologisk forsterkning hevdes å kunne føre med seg regulering som fremmer fordøyelsen, immunforsvaret, sirkulasjonen, åndedrettsfunksjonen og hormonproduksjonen. En viktig generell målsetting i fysiologisk forsterkning er å stimulere avgiftning. Avgiftning kan blant annet oppnås ved å bruke planter som har en rensende egenskap (*depurativa*), planter som øker urinsekresjon (*diuretika*), planter som virker avførende (*laksantia*), samt slimløsende planter (*lymphatica*).

Fysiologisk kompensasjon søker å kontrollere eller erstatte, fordi den patologiske prosessen er gått for langt. Urtene som brukes har da gjerne en anti-inflammatorisk effekt (planter som motvirker inflammasjon), antiviral effekt (planter som bekjemper virus), antiseptisk effekt (planter som motvirker betennelser), anti-spasmodisk effekt (planter som demper krampetrekninger), anti-allergika osv.

4.2.8.4 Ernæringsterapi, kosttilskudd og urter i medisinsk behandling

Departementet er kjent med at det internasjonalt ikke er uvanlig at leger arbeider i et skjæringsfelt mot alternativ behandling med hensyn til anvendelse av ernæring, tilskudd og urtemedisin i undersø-

kelses-, rådgivnings- og behandlingsvirksomhet. Det kan reises spørsmål om i hvilken grad slik tilnærming anvendes i medisinsk virksomhet i norsk helsetjeneste, og i hvilken grad dette på bakgrunn av dokumentasjon kan utgjøre et potensiale for forbedringer i pasientutredning og behandling. I innspill til departementet fra alternativt orienterte leger omtales enkelte områder som anses som viktige, og det hevdes at mange pasienter er lite tilfredse med helsetjenestens tilbud. Det fremføres videre at det på flere av disse områdene finnes medisinske løsninger som ikke praktiseres eller har fått et fotfeste i norsk medisinsk hverdag. Områdene som nevnes er blant annet støttebehandling med kostholdsending, medisinske naturstoffer og tilskudd av vitaminer og mineraler til grupper av kronisk syke pasienter. Departementet har ikke vurdert de påstander om effekt som framkommer implisitt i det følgende.

Støttebehandling med kostholdsending

Kreftpasienter gis støttebehandling med immunstimulerende urter/naturstoffer, antioksidanter, vitaminer og mineraler. Dette gis for å bedre allmentilstand og for å styrke kroppens immunapparat og kanskje også redusere sannsynligheten eller risikoen for tilbakefall av sykdom. Samtidig gis det råd om kosthold og livsstilsendringer. *Revmatikere* gis lignende støttebehandling med antioksidanter og omega – 3-fettsyrer i store doser. Dette kombineres med eliminasjonsdietter og en rekke naturstoffer. Dette er behandling som ikke har som mål å helbrede, men redusere sykdomsaktivitet og bedre funksjonsnivået. Andre sykdomsgrupper som behandles med lignende støttebehandlinger er pasienter med osteoporose, astma, eksem, diabetes, høyt blodtrykk, høyt kolesterol mm.

Bruk av urter og medisinske naturstoffer

I Norge er det få leger som foreskriver urter som ginkgo, hvitløk, ginseng, ingefær, hagtorn, solhatt, misteltein, perikum, svarthyll, mariatistel, kamille, tranebær med flere. Tilgjengeligheten til slike urter på norske apotek karakteriseres som dårlig. I andre europeiske land, USA, Canada og Australia er bruken av urter i medisinsk behandling økende.

Matallergi og matintoleranse

Mange pasienter ser ut til å oppleve at det er en sammenheng mellom hva de spiser og de plager de går med, men opplever at den offentlige helsetjenesten ikke har tilstrekkelig kunnskap om utred-

ning, diagnostikk og behandling til å kunne hjelpe dem. Det har derfor vært et marked for alternativ behandling med mange ulike teorier og behandlingsopplegg. For å øke kompetansen til helsepersonell, utarbeidet Statens ernæringsråd diagnostiske manualer og veiledere til bruk i utredning, diagnostikk og behandling hos pasienter med matvareallergi/-intoleranse. Målet er at pasienter som oppsøker helsetjenesten på grunn av mistanke om matvareallergi/-intoleranse skal få utredet dette og få tilbud om kostveiledning.

Ubalanse i tarmflora

For at tarmens bakterieflora skal være i balanse hevdes det i enkelte alternative miljøer at tarmfloraen bør domineres av ulike melkesyrebakterier. Ved bruk av antibiotika, ved et kosthold med lite fiber og mye ferdigmat vil det lett oppstå store ubalanser i tarmflora som hevdes å være direkte sykdomsutløsende.

Metabolsk syndrom

Metabolsk syndrom er en tilstand karakterisert ved overvekt, spesielt rundt magen, forhøyede verdier av glukose og fettstoffer i blodet og høyt blodtrykk. Tilstanden innebærer betydelig økt risiko for å utvikle blant annet diabetes type 2 og hjerte-karsykdom. Metabolsk syndrom kan forebygges ved hjelp av endring i kosthold og fysisk aktivitet. Enkelte leger har tatt til orde for at tilstanden bør reguleres med lav-glykemisk kosthold, i strid med myndighetenes kostholdsråd. Dette innebærer blant annet redusert inntak av melvarer og poteter.

4.2.9 Healing

Healing betyr helbredelse – å gjøre hel. Healing omfatter metoder hvor utøveren har en intensjon om å hjelpe med konsentrasjon, berøring eller bevegelse i energifeltet rundt pasienten. 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.

Healerbegrepet kom i bruk i Norge tidlig på 1980-tallet, parallelt med den voksende interessen for alternative 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.

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.

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 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.

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.

4.3 Ulike forklaringsmodeller for helse, sykdom og helbredelse

Som det fremgår av foregående beskrivelser skiller forklaringsmodellene innen alternativ behandling seg i varierende grad fra skolemedisinske forklaringsmodeller. I tillegg preges de av stor indre variasjon. I det følgende vil de viktigste modellene som ligger til grunn for forståelse av helse, sykdom og helbredelse bli beskrevet. Fremstillingen tar ikke sikte på å være uttømmende. Det gjelder både fremstillingen av den enkelte modell, og i utvalget av modeller.

Med unntak av omtalen av skolemedisinsk forklaringsmodell, bygger presentasjonen på NOU 1998:21, kap. 5. Aarbakke-utvalget valgte å la de forskjellige utøverne av alternativ behandling beskrive sin egen metode og bakgrunn. Utvalget foretok ingen kildekritisk vurdering av materialet. Det understrekes derfor at det ikke tas stilling til innholdet.

I høringsrunden kom det kritiske merknader til utvalgets beskrivelse av de ulike forklaringsmodellene. Forenklet kan de kritiske merknadene deles i to hovedgrupper. Høringsinstanser innenfor den etablerte helsetjenesten i vid forstand (inkludert blant annet helsemyndigheter og utdanningsinstitusjoner) mener det er uheldig at beskrivelsene blir stående uimotsagt, og etterlyser en vurdering av det innkomne materialet basert på anerkjente vitenskapelige kriterier. Høringsinstansene innen alternativ behandling mener fremstillingen inneholder feil, er ufullstendig og/eller beskrives i vestlige termer som ikke anses å være dekkende.

I NOUen nevnes eksempler på utøvere innen hver forklaringsmodell. De tas inn her, men heller ikke denne oversikten er å anse for uttømmende. Av praktiske grunner blir de ulike forklaringsmodeller presentert som enkelttemaer. Imidlertid er det viktig å understreke at mange utøvere benytter flere forklaringsmodeller samtidig som grunnlag for sin praksis.

Biomedisin

Biomedisinske eller skolemedisinske forklaringsmodeller på helse, sykdom og helbredelse knyttes i hovedsak til ideer om en fysiologisk normaltilstand (helse) og avvik fra denne tilstanden (sykdom). Fysiske endringer forstås som manifestasjon av sykdom, og slike endringer skal ideelt sett kunne dokumenteres gjennom objektive funn. Denne type funn kan gjøres på ulike nivåer i kroppen; fra ytre konkrete tegn, via indre organer og vev, til celler og ned på gennivå og molekylnivå.

Det er utarbeidet en omfattende standardisert modell som knytter sammen en objektiv fysisk endring med en tilhørende forklaring (diagnostisering). Til denne sykdomsforklaringsmodellen er det også tilknyttet en omfattende standardisert modell av tiltak for å helbrede, lindre eller forhindre eller forsinke forverring av sykdom. Vanligvis deles tiltakene i to hovedgrupper: kirurgiske og medisinske. I tillegg kommer blant annet strålebehandling. Bruk av legemidler står sentralt blant de medisinske tiltakene. Ulike legemidler brukes også ofte i kombinasjon med kirurgiske inngrep. Behandling ved hjelp av kirurgi har til hensikt å fjerne de patologiske, det vil si ikke-normale eller syke tilstander. Medisinsk behandling har til hensikt å angripe eller gjøre inngrep i sykdomsprosessen. Bedring oppnås når de fysiske endringene ikke lenger kan gjenfinnes ved objektive funn, er fjernet eller antas å være under kontroll. Dette er den rådende modell innenfor vestlig skolemedisin.

Vitalkraft

Ideen om vitalkraft retter oppmerksomheten mot kroppens egen selvhelbredende og regenererende evne. Svekkelse i kroppens vitalitet anses som årsak til sykdom, og utøverne søker i sin behandling å stimulere kroppens selvforsvarssystem.

Selforsvarssystemet gjør at kroppen søker å holde belastninger på et så ytre plan som mulig. Når kroppen svekkes og vitaliteten reduseres, klarer ikke kroppen dette og plagene trenger dypere inn. Denne oppfatningen er grunnlaget for å si at barn med atopisk eksem som utvikler høysnue og senere astma, er blitt dårligere. Og på samme måte oppfattes fremkomst eller tilbakekomst av høysnue og eksem når man behandler astma, som tegn på helbredelse. Akutte sykdommer tolkes like mye som uttrykk for en kjempende vitalkraft som for sykdom. Og tilsvarende tolkes kroniske sykdommer som en resignasjon i den samme vitalkraften. Svekkelse i kroppens vitalitet tillegges større betydning enn bakterier og virus som årsaker til sykdom.

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.

Tanken om vitalitet innebærer at det fokuseres mer på hva som kan øke helsen og virke forebyggende enn for eksempel hvilke mikroorganismer

som forbindes med ulike sykdommer. Det er en gjengs oppfatning blant alternative behandlere at man alltid kan styrke vitaliteten ytterligere. Dette gjør at grensen for å tilby behandling strekkes utover det å behandle en spesifikk sykdomstilstand, 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. Tanken om vitalkraft gjelder også blant annet homøopater, biopater og naturopater.

Naturlighet

Denne modellen bygger på ideer om at forurensninger i kroppen er opphav til sykdom. Forurensninger kan være alt fra legemidler, tungmetaller som kvikksølv fra amalgam, konserveringsstoffer og andre E-stoffer til elektromagnetisk stråling av ulike slag. Målsettingen er å få kroppen til å kvitte seg med eller uskadeliggjøre forurensningen ved blant annet faste, drenasjeterapier, kopping og rensende dietter. Slike teknikker benyttes blant annet av naturterapeuter.

Holisme – Helhet og del

Kroppen ses på som en enhetlig helhet. Symptomer på sykdom anses for å være manifestasjoner på en generell tilstand i hele organismen. Utøverne vil derfor vurdere både lokale, allmenne og psykiske symptomer, og tiltakene kan være multiple for å påvirke ulike aspekter ved mennesket.

Å arbeide helhetlig innebærer at utøverne vurderer ulike symptomer i sammenheng og søker å finne samlende helhetlige begreper som beskriver pasientens tilstand. I dette arbeidet benytter utøverne utspørring som en nødvendig del av terapien, og som medfører at pasienten ser sine symptomer i en større sammenheng.

Helhet og del ses i sammenheng ved at hele organismen finnes projisert i flere av kroppens deler. En sykkelig forandring i en del av kroppen gir seg utslag i en tilsvarende sone i alle de aktuelle sonesystemer. Utøverne vil vanligvis benytte denne forståelsesmodellen både diagnostisk og terapeutisk. Sammenhengen mellom helhet og dens deler kommer blant annet til uttrykk i ECIWO-biologien og de biologografiske metodene. ECIWO står for Embryo Containing Information for Whole Organism.

Dette er en biomedisinsk modell 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.

Kategorier og kvaliteter

Flere alternative terapier kjennetegnes ved deres tendens til å finne fellestrekk i symptomer og generalisere på grunnlag av dette. Ved å finne samlende kvalitative egenskaper ved symptomer, regnes disse for å ha en sammenheng. Den mest utbredte kategoridannelsen er todelingen i varmt og kaldt. Andre vanlige inndelinger er i fire eller fem kategorier. For eksempel vil svie i magen, brennende føtter, rødhet på ører og kinn ses som uttrykk for varme eller hete, og vurderes som uttrykk for en felles underliggende dynamikk.

Som et ledd i behandlingen vil utøverne vanligvis kartlegge mat, drikke, aktiviteter med mer, og på grunnlag dette foreslå tiltak som bidrar til å skape bedre balanse mellom de kvalitative kategoriene og sørge for at energien sirkulerer fra det ene til det andre uten å stagnere. Dette gjelder blant annet akupunktur/TCM og unanimesisin.

Hierarki

Den vanligste hierarkiske modellen baserer seg på naturens «riker». Det vil si mineral-, plante-, dyre-, og menneskeriket. Menneskeriket forbindes for eksempel med de mentale og rasjonelle kvaliteter, dyreriket med de emosjonelle, sansebaserte og metabolske prosesser, planteriket med inspirasjon og tilheling og mineralriket med det strukturelle.

Andre hierarkiske modeller er eksempelvis inndeling i legemer: Fysisk legeme, plantelegeme, dyrelegeme og mentallegeme. En tredje variant er inndeling i kropp, sjel og ånd. 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. 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 en eventuell diagnose ved å «se» eller «føle» på endringer i farge, lysstyrke og kvaliteter i disse legemene. Oppfatningen om slike legemer 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.

Erfaring, læring og hukommelse

Denne modellen bygger på ideer om at kroppens selvhelbredende evner kan trenes. Når kroppen har lært å takle sykdom står den bedre rustet senere i livet. Det å overvinne sykdom hindrer sykdommen i å komme tilbake.

Sykdommer som ikke er overvunnet og traumer som ikke er fullstendig leget, antas å sitte i minnet. Kroppen kan stimuleres til å ta fatt på slike minner ved at utøverne iverksetter behandling som blant annet styrker kroppens evne til å overvinne sykdom og øker vitaliteten. Oppstår det forverringsreaksjoner og tilbakevending av gamle plager og symptomer under behandlingen ses dette på som et uttrykk for riktig utvikling og dermed en tilfriskning. Dette gjelder blant annet kunstterapi, dypmassasje, Alexanderteknikk og Feldenkrais.

Konstitusjon

Læren om ulike konstitusjoner har vært brukt i psykologi, skolemedisin og alternativ behandling i over to tusen 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) eller melankoliker (for mye sort galle). Disse begrepene brukes også i dag. I akupunktur snakker man om levertyper og lungetyper osv. I homøopatien snakker man for eksempel om en pul-

satilla-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 med mer. Dette gjelder særlig for homøopati.

4.4 Antall utøvere, bakgrunn og utdanningskrav

Det er uklart hvor mange alternative behandlere som praktiserer i Norge. Basert på tall innhentet fra organisasjonene selv, kan det anslås en sum på ca. 3 000 medlemmer i de største utøverorganisasjonene i Norge, hvorav ca 800 er autorisert helsepersonell. Om man inkluderer de mindre organisasjonene, kan man anslå at det er i underkant av 5 000 organiserte alternativ utøvere, hvorav anslagsvis 1 500 er autorisert helsepersonell. I vedlegg nr. 3 følger det en oversikt over antall medlemmer i de største organisasjonene i Norge i dag.

Basert på de tall som fremgår av vedlegg nr. 3 kan en trekke noen slutninger med hensyn til hvilke terapiformer som i størst grad utøves av autorisert helsepersonell. Organisasjoner som omfatter terapiformer som akupunktur, osteopati og homøopati har sterkest representasjon av autorisert helsepersonell. Organisasjoner som omfatter terapiformer som soneterapi, kinesiologi, biopati, massasje-terapi, aromaterapi og healing har lavest representasjon av helsepersonell.

I vedlegg nr 4 gis det en oversikt hvilke utdanningskrav som stilles for å få medlemsskap i de enkelte organisasjoner. Denne oversikten viser at variasjonsbredden i hvilke utdanningskrav som stilles for medlemsskap spenner fra ingen formell utdanning (healerne), via kvelds-/helgekurs (soneterapi, biopati) til krav om 3–5 års utdanning på høgskolenivå (akupunktørene, homøopatene, napraptene og osteopatene). Det fremkommer videre at det i enkelte foreninger er et krav at utøverne skal være autorisert helsepersonell.

5 Bruk av og holdninger til alternativ behandling

5.1 Omfang og bruk

I diskusjonen om aktuell politikk overfor feltet alternativ behandling er det av betydning å ha oversikt over omfanget av virksomheten, hvem som bruker alternativ behandling, samt hvorfor og hvordan alternativ behandling brukes. Det vises også spesielt til kapittel 10 og beskrivelsen av virkeområdet til alternativ behandling og skolemedisin.

De siste 20 årene har det vært en økning i bruk av alternativ behandling i Norge. I 1977 oppga under en femtedel av befolkningen at de en eller flere ganger i sitt liv hadde benyttet alternativ behandling. I Aarbakke-utvalgets undersøkelse av 1997, oppgir en tredjedel av den norske befolkning å ha benyttet alternativ behandling. I en undersøkelse gjennomført av Senter for helseadministrasjon i 1998, svarte 37 prosent av de spurte at de noen gang hadde benyttet alternativ behandling. Undersøkelsen hadde de samme svaralternativer som i Aarbakke-undersøkelsen. I begge disse undersøkelsene var også kiropraktor definert inn under alternativ behandling. Kjønnssfordelingen blant dem som noen gang hadde benyttet alternative behandlingsformer var relativt lik i Aarbakke-undersøkelsen sammenlignet med undersøkelsen av 1998; det vil si ca. 60 prosent kvinner og 40 prosent menn. Homøopat, akupunktør og soneterapeut er i nevnte rekkefølge de mest benyttede alternative behandlere.

To tredjedeler av de som ikke har benyttet alternativ behandler svarer i undersøkelsen at de kunne tenke seg å gjøre det. En tredjedel kan tenke seg det hvis de er alvorlig syke. I tilfelle en skulle oppsøkt alternativ behandler, oppgir flertallet at de ville oppsøkt akupunktør og homøopat.

5.1.1 Hvem oppsøker alternative utøvere?

Kjønn

Kvinner benytter seg oftere av alternative behandlere enn menn. Kvinner benytter seg også av den offentlige helsetjenesten oftere enn menn gjør. I Aarbakke-undersøkelsen oppgir 64 prosent kvinner og 36 prosent menn at de har benyttet alternativ behandling noen gang. I undersøkelsen fra 1998 utført av Senter for helseadministrasjon, er de tilsvarende tall 58 prosent for kvinner og 42 prosent for menn.

Alder

Det er en absolutt økning i antall personer som noen gang har oppsøkt alternative utøvere, men bruken økte mest i de eldste aldersgruppene. Både Aarbakke-undersøkelsen fra 1997 og en undersøkelse utført av A-pressen i 1994 viser at økningen er størst i aldersgruppene fra 45 år og eldre.

Geografi

I Aarbakke-undersøkelsen kommer det frem at det i dag ikke er forskjell mellom by og land på om folk har besøkt alternativ behandler eller ikke. Tilsvarende tall for 1994 viser at flere i byene enn i landdistriktene hadde benyttet alternative behandlere, henholdsvis 32 prosent av befolkningen i byene, og 22 prosent i landdistriktene.

Andelen som har besøkt alternativ behandler er størst i Oslo, Hedmark og Oppland (39 prosent). Ved sammenligninger av landsdeler, er andelen som noen gang har besøkt alternativ behandler størst på Østlandet og Sørlandet (34 prosent), færrest på Vestlandet (28 prosent).

Utdanning

Andelen som har brukt alternativ behandling har økt i alle utdanningsgrupper, dog minst i de gruppene med høyest utdanning. I Aarbakke-undersøkelsen oppgir 33 prosent i gruppen med høyest utdanning at de en eller annen gang har benyttet alternativ behandling, mens andelen i gruppen med lavest utdanning som oppgir det samme, er på 28 prosent.

Inntekt

I A-pressens undersøkelse fra 1994 og i Aarbakke-utvalgets undersøkelse fra 1997 fremkommer det at det er små forskjeller i inntekt mellom dem som har benyttet alternativ behandler noen gang, og de som ikke har gjort det.

5.1.2 Hva oppsøkes de alternative utøverne for?

I henhold til Aarbakke-undersøkelsen har flest søkt alternativ behandling for rygg- og nakkeproblemer. Dette må imidlertid ses i lys av at kiropraktikk er

definert som alternativ behandling i undersøkelsen. Etter rygg- og nakkeproblemer oppsøkes alternativ behandling for astma, allergi, migrene, betennelser, infeksjoner, utslett/eksem, revmatiske lidelser, nedsatt allmenntilstand mm. Alternativ behandling oppsøkes i noe mindre utstrekning for psykiske lidelser, muskelsmerter og underlivs- eller urinveisproblemer. Ellers viser undersøkelsen at alternativ behandling oppsøkes for svært ulike lidelser og problemer.

Kvinner søker ofte hjelp for hodepine, migrene og revmatiske smerter, samt fordøyelse og magebesvær, mens menn noe oftere søker hjelp for betennelse og infeksjon.

Sykdommens karakter

De som hadde benyttet alternativ behandling ble i Aarbakke-undersøkelsen spurt om de kunne karakterisere plagene de gikk til behandling for som kroniske eller akutte. 68 prosent av dem som har oppsøkt alternative behandlere karakteriserer sine plager som kroniske. Tilsvarende viser Helseundersøkelsen fra 1995 at 84 prosent av dem som hadde besøkt alternativ behandler, karakteriserte sine plager som kroniske, og halvparten hadde hatt sine plager i fem år eller mer.

5.1.3 Hvilke behandlingsformer er mest benyttet?

Av dem som benytter alternative utøvere går flest til homøopat. Som nevnt tidligere er homøopati, akupunktur og soneterapi i nevnte rekkefølge de terapiformer med størst omfang i Norge. Prosentandelen som har benyttet homøopat av dem som noen gang har benyttet alternativ behandling, var henholdsvis 33 prosent i A-pressens undersøkelse og 37 prosent i Aarbakke-undersøkelsen. Færre benytter naturmedisiner. Dette må ses i sammenheng med at naturmedisiner ofte ble sett på som en samlebetegnelse og ikke en egen utøvergruppe. Når det gjelder personer som oppsøker henholdsvis akupunktør og soneterapeut varierer tallene fra 35 prosent i 1994 til 31 prosent i 1997 for akupunktur, og fra 29 prosent i 1994 til 22 prosent i 1997 for soneterapi.

Det er små aldersvariasjoner og kjønnsforskjeller når det gjelder hvilken behandlingsform som benyttes. Noen flere kvinner benytter homøopat og akupunktør. I Helseundersøkelsen fra 1995 oppgav flest at de siste år hadde benyttet akupunktør. Noen færre hadde benyttet homøopat og fotsoneterapeut.

Opinion A/S gjennomførte i april 2001 en un-

dersøkelse for Norske Homøopaters Landsforbund (NHL). Her svarer til sammen 22 prosent av den voksne befolkning at de hadde brukt en eller annen form for alternativ behandling forrige år, hvorav fem konkrete alternativer ble lest opp for respondentene. Akupunktur scorer høyest med 9 prosent, 7 prosent har brukt homøopati og aromaterapi, 5 prosent har benyttet soneterapi og 3 prosent har brukt healing og «annet». Siden intervjuobjektene kun blir bedt om å uttale seg om fem mulige alternativer, kan den siste kategorien muligens være for liten. Det anses likevel for mest sannsynlig at ingen andre terapier ville ha oppnådd samme omfang som de største kategoriene.

5.1.4 Alternativ behandling innen den etablerte helsetjenesten

Basert på tall fra NOU 1998:21 fremkommer det at to til tre prosent av landets leger hadde utdanning i en eller annen alternativ terapiform. En av ti leger har kurs i akupunktur. I en undersøkelse foretatt blant Legeforeningens medlemmer fant en at 4 prosent av legene praktiserte akupunktur, 1 prosent praktiserte urtemedisin og 0,2–0,3 prosent praktiserte en av de andre terapiformene. Undersøkelsen omfattet både leger innen primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. 65 prosent av respondentene hadde en eller flere ganger henvist pasienter til akupunktur mens 1–3 prosent henviste til andre former for alternativ behandling. 11 prosent av legene hadde regelmessig samarbeid med akupunktør, mens svært få hadde slikt samarbeid med utøvere av andre terapiformer. Alle legene som praktiserte akupunktur i denne undersøkelsen var menn.

På forespørsel om hvor stor andel av medlemmene som praktiserer alternativ behandling, har Legeforeningen våren 2002 anslått at ca. 200 allmennpraktikere anvender akupunktur av og til. Det gjøres imidlertid oppmerksom på at de færreste har akupunkturutdanning på nivå som kvalifiserer til medlemsskap i Norsk forening for klassisk akupunktur (NFKA) og Norske akupunktørers hovedorganisasjon (NAHO). For krav til medlemsskap, se vedlegg nr. 4. Legeforeningen oppgir at anslagsvis færre enn 50 leger anvender homøopati.

Undersøkelse om bruk av akupunktur i allmennpraksis

I en undersøkelse utført blant 111 allmennleger med akupunkturutdanning oppga 60 prosent at de benyttet akupunktur i sin praksis (Aanjesen, Senstad, Lystad og Kværner 2002). Akupunkturutan-

ningen varierte fra noen ukers kurs til tre og et halvt års deltidsutdanning. 78 prosent av disse hadde akupunkturutdanning av fire ukers varighet eller mindre. 52 prosent benyttet akupunktur som supplement til konvensjonell behandling. Akupunktur ble mest benyttet hos pasienter med muskel- og skjelettsykdommer (93 prosent), migrene (66 prosent) og spenningshodepine (63 prosent). Akupunktur ble også brukt på pasienter med kvalme, allergi, angst, søvnproblemer og fordøyelsesbesvær. Som hovedårsak til valg av akupunktur som behandling oppgav 68 prosent av legene god erfaring med effekt, og 22 prosent annen behandling forsøkt uten effekt. 68 prosent av legene henviste til andre akupunktører. Over halvparten av disse nevnte mangel på tid som viktigste begrensende årsak for bruk av akupunktur. I tillegg til mangel på tid oppga en del leger mangel på erfaring, kunnskap og diskusjonspartnere som begrensende faktorer. Til tross for slike begrensende faktorer ønsket 80 prosent av legene en bedre integrering av akupunktur både i allmennpraksis og på sykehus.

5.1.5 Bruk av alternativ behandling i Norden og Europa forøvrig

Det er stor usikkerhet om omfanget av bruken av alternativ behandling i ulike land, blant annet fordi spørsmålsstillingen i undersøkelser er ulike. Noen steder, blant annet i Danmark og Sverige, inngår selvadministrerte tiltak som kosttilskudd, hvilket ikke er tilfelle for Norge, mens Finland for eksempel ikke definerer akupunktur som alternativ behandling. Til tross for metodiske vanskeligheter

med å sammenligne de ulike lands undersøkelser, er likevel hovedtendensen at så vel forbruk av, som offentlig interesse for og aksept av alternativ behandling, er økende i langt de fleste land i Europa.

21 prosent av den danske befolkning brukte alternativ behandling siste år og 45 prosent hadde brukt alternativ behandling noen sinne, i følge en nasjonal helseundersøkelse. 20 prosent av Stockholmerne brukte alternativ behandling siste år. 49 prosent av Stockholmerne har noensinne brukt alternativ behandling. Begge disse undersøkelsene er fra 2000. I Finland har andelen som kombinerer alternativ behandling og skolemedisin økt fra 34 til 46 prosent fra 1983 til 1993, i følge undersøkelser fra disse årene.

I England økte andelen av medlemmene i Consumer's Association som hadde vært hos alternativ behandler siste år, fra en av syv i 1985 til cirka en av fire i 1991. I Frankrike er homøopati den mest brukte form for alternativ 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 behandling, og dette økte til nesten 18 prosent i 1990.

For de land hvor det foreligger data om prosentandel av befolkningen som har brukt alternativ behandling på et eller annet tidspunkt i sitt liv, er dette tilfellet for mellom 18 og 71 prosent. Norge ligger i nedre del av skalaen sammen med Sverige, Nederland og Storbritannia. I de land der alternativ behandling fortrinnsvis utøves av leger, har relativt større deler av befolkningen prøvd alternativ behandling. Dette er særlig tilfelle for de sydlige landene i Europa, jf. tabell 1.

Tabell 1 Prosent av befolkningen i forskjellige land som har brukt eller bruker alternativ behandling

Land	Noen gang	Regelmessig, eller siste år
Belgia	71	31
Danmark	33 (53) ²⁾	10 ²⁾
Finland	46 ³⁾	15–20 ³⁾
Frankrike	49	36
Island	min. 41	9 (3)
Nederland	18	13 ¹⁾
Norge	33 ²⁾ (1997), 37 ²⁾ (1998)	13 ²⁾ (1997)
Sveits	min. 49	6–8
Storbritannia	27–30	8–10
Sverige	22	1 ¹⁾
Tyskland	70	46

¹⁾ Foreligger ikke opplysninger

²⁾ Inklusiv kiropraktor

³⁾ Akupunktur ikke tatt med fordi det betraktes som skolemedisin

Kilde: NOU:1998 Alternativ medisin

I flere land finner vi en økende grad av integrasjon av alternative terapier som komplementære tilbud i helsetjenesten, mer formalisert utdanning og etterutdanning, økt bruk av offentlige og private midler til forskning/informasjon. Departementet vil bemerke at det er store forskjeller mellom landene med hensyn til om den økte bruken av alternativ behandling følges opp politisk. I de land som departementet har informasjon om, er tendensen større grad av anerkjennelse og integrering med den ordinære helsetjenesten. Det vises for øvrig til at Europarådet i 1999 vedtok en resolusjon (nr. 1206) som tok sikte på å fremme integrering av de viktigste alternative terapiene i helsetjenesten, samt profesjonalisering av relevant utdanning.

Hvilke alternative behandlingsformer er mest benyttet i ulike land?

En oversikt satt opp i NOU 1998:21 over de hyppigst anvendte alternative behandlingsformer i 14 land inklusiv Norge, viser at homøopati blir satt øverst i fem av landene, og som en av de tre hyppigst benyttede i 11 av landene. Urtemedisin blir satt øverst i tre av landene, og som en av de tre øverste i fem land. Akupunktur blir satt øverst i to tilfeller, og som en av de tre øverste i ni land.

De alternative behandlingsformer som er mest brukt i de respektive land er:

- homøopati (Belgia, Frankrike, Nederland, Norge, Sveits)
- urtemedisin (Finland, Tyskland, Japan)
- akupunktur (Spania, Østerrike)
- kiropraktikk (Sverige, Australia)
- soneterapi (Danmark, Russland)
- massasje (Island)
- osteopati (Storbritannia)

Departementet vil presisere at kiropraktorer er en autorisert personellgruppe i Norge. Homøopati og akupunktur utøves utelukkende av leger i de fleste sydligere land i Europa.

5.1.6 Oppsummering

Basert på de undersøkelser som er foretatt kan det konkluderes med at det har vært en økning i bruk av alternativ behandling i Norge og i utlandet de siste 15–20 årene. To tredjedeler av dem som ikke har benyttet alternativ behandler kunne tenke seg å gjøre det. Denne andelen har vært mer eller mindre konstant gjennom mer enn tyve år. Homøopat, akupunktør og soneterapeut er i nevnte rekkefølge de mest benyttede alternative behandlere.

Kvinner benytter seg oftere av alternativ behandling enn menn. Menns bruk ser ut til å øke

mest. Menn søker tidligere hjelp hos alternativ behandler når de blir syke sammenlignet med kvinner. Middelaldrende og yngre benytter alternativ behandling mer enn eldre. De som har vært hos alternativ 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 alternativ behandling på landet enn i byene. Nå ser det ut til at denne forskjellen er visket ut. Høy utdanning relaterer seg til høyere forbruk av alternativ behandling, men denne tendensen er også i ferd med å viskes ut.

Alvorlig og kronisk syke benytter alternativ behandling i større grad enn andre pasientgrupper. En tredjedel av brukerne går til alternativ behandler også ved «vanlig sykdom», ikke bare ved alvorlig sykdom eller som siste utvei.

Ryggsmerter, isjias, nakkeproblemer og hodepine/migrene er de lidelser folk hyppigst søker alternativ behandling for. De som har vært hos alternativ behandler tidligere, oppsøker ofte slik hjelp på ny.

Forbruk av, offentlig interesse for, såvel som forskning innen alternativ behandling er stigende i de fleste land, og ikke minst i Europa. Andel av befolkningen som har besøkt alternativ behandler, varierer mellom 18 og 71 prosent i de land utvalget har opplysninger fra.

Homøopati er den form for alternativ behandling som brukes oftest i fem av fjorten land, og som en av de tre hyppigst benyttede i elleve av landene. Urtemedisin er hyppigst benyttet i tre av landene, og en av de tre hyppigst benyttede i fem land.

5.2 Holdninger til alternativ behandling

I spørsmålet om samarbeid mellom alternative behandlere og helsetjenesten, samt eventuell integrering av alternativ behandling i helsetjenesten, er holdninger til alternativ behandling av betydning. I beskrivelsen nedenfor er det lagt vekt på å få belyst holdninger blant helsepersonell og brukerne, og til dels også holdninger blant utøverne selv.

5.2.1 Holdninger blant helsepersonell

Med helsepersonell menes autorisert helsepersonell, eller de som etter helsepersonellovgivningen til enhver tid regnes som helsepersonell. Nevnes her kan blant annet leger, tannleger, psykologer, jordmødre, radiografer, bioingeniører, sykepleiere, fysioterapeuter, hjelpepleiere, m.fl.

Helsepersonells holdninger til alternativ behandling fremtrer gjennom deres praksis, og kan variere fra å være avvisende, passiv, nøytral til aktiv og inkluderende. Tidsmessige, geografiske, faglige, kulturelle og rettslige betingelser bidrar til å styre disse holdningene. Vektlegging av dokumentasjon og vitenskapelig utprøving kan 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 behandling og alternative utøvere. Helsepersonells rolle og funksjon kan også ha betydning for disse valgene.

De siste årene har flere undersøkelser vært publisert hvor norsk helsepersonells forhold til og bruk av alternativ behandling har vært belyst. I det følgende vil hovedfunnene i disse undersøkelsene bli presentert.

Studie om helsepersonells holdninger – Helseregion Nord

I en studie fra 1997 har en sett på helsepersonells bruk og holdninger til alternativ behandling (Risberg, Kolstad, Johansen, Vingerhagen 1997). I undersøkelsen sammenlignet en holdninger og bruk av alternativ behandling blant leger, sykepleiere og kontoransatte ved seks sykehus i Helseregion Nord. I alt 56 prosent av deltagerne beskrev sitt syn på alternativ behandling som positivt. Færre leger var positive til alternative terapier (16 prosent), sammenlignet med sykepleiere og kontorphersonell, der begge grupper var positive i over 70 prosent av tilfellene. I alt 12 prosent av legene, 32 prosent av sykepleierne og 46 prosent av kontorphersonellet hadde benyttet alternativ behandling ved egen sykdom. Homøopati og akupunktur var hyppigst brukt blant alle yrkesgruppene. Legene hadde størst tiltro til akupunktur og urtekurer, og liten tiltro til andre metoder. Sykepleierne og kontorphersonellet hadde stor tiltro til alle metoder med unntak av håndspåleggelse og helbredelse ved bønn. De legene som trodde på effekt av alternativ behandling trodde på en slik effekt ved sykdommer som angst, fibromyalgi og migræne, men i svært liten grad ved andre sykdommer. Sykepleiere tror alternativ behandling kan ha effekt ved de fleste sykdommer. Få trodde alternativ behandling kunne medføre bivirkninger som følge av selve behandlingen. 84 prosent av legene mente imidlertid at alternativ behandling kunne forsinke skolemedisinsk terapi eller svekke tiltroen til denne.

I følge undersøkelsen ønsker sykepleierne 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 behandling, og omtrent halvparten ønsket mer åpenhet. Flest kvinner, yngre personell, samt sykepleiere og kontorphersonell mente at en kunne lære noe av alternativ behandling. 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.

Studie blant Legeforeningens medlemmer

I en undersøkelse foretatt blant medlemmer i Den norske lægeforening fra 1997 så en på legers holdninger, kunnskaper og erfaringer med alternativ medisin (Aasland, Borchgrevink, Fugelli 1997). Et utvalg på 1271 medlemmer av Legeforeningen fikk spørsmål om deres holdninger til, kunnskap om og erfaring med fem alternative behandlingsmetoder; akupunktur, fotsoneterapi, healing, homøopati og urtemedisin.

Nærmere to tredjedeler mente at de hadde gode eller middels kunnskaper om akupunktur, mens bare ca. en tredel angir middels gode kunnskaper om homøopati. Fire av fem leger oppgir å ha dårlige kunnskaper om fotsoneterapi, urtemedisin og healing. Ca. 80 prosent av legene mente at leger burde ha en viss kunnskap om de viktigste alternative metoder. Når det gjaldt synet på om alternativ behandling var å anse som et nyttig supplement til skolemedisinen, mente nesten tre fjerdedeler at akupunktur var det. 23 prosent mente at urtemedisin og 11 prosent at homøopati er nyttige tillegg. Fotsoneterapi og healing vurderes nyttig av bare 4–6 prosent av legene. Kvinner er generelt noe mer positive enn menn, men forskjellen er liten. Det er videre bare små forskjeller mellom yngre og eldre leger, mens allmennleger er mer positive enn leger som jobber på sykehus.

39 prosent av alle legene mente at akupunktur burde godkjennes som en del av den offisielle helsetjenesten. 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.

To av tre leger svarer at de hadde positiv erfaring med at pasienter får øket håp, og tre av fire at pasientene opplever økt omsorg ved kontakt med alternative utøvere. Mange av legene hadde likevel negative erfaringer. 70 prosent fremhevet økono-

misk spekulasjon, og over halvparten av legene mente pasientene kunne komme for sent til skolemedisinsk behandling og at de alternative behandlingene kunne fortrenge virksom skolemedisinsk behandling.

Generelt sett hadde allmennleger flere positive erfaringer med alternativ behandling enn sine kolleger ved sykehus. Kvinner var mer positive enn menn. Leger som hadde studert i utlandet var mer positive enn de som hadde utdanning fra Norge. Et fåtall av legene ville ikke godta at pasientene gikk til alternativ behandling, mens en fjerdedel fraråder pasientene slik behandling.

Andre undersøkelser om helsepersonells holdninger

I 1996 ble det gjennomført en undersøkelse blant norske leger vedrørende deres holdninger til homøopati (Pedersen, Norheim og Fønnebø 1996). 7 prosent av legene hadde eller ønsket et pasientrelatert samarbeid med homøopater. Det var liten forskjell mellom menn og kvinner. På spørsmål om råd til pasienter som vil prøve homøopatisk behandling svarte 32 prosent av legene at de ville være positive, 18 prosent ville være konsekvent avvisende, og 50 prosent visste for lite om behandlingsformen til å kunne gi råd. Leger som hadde erfaring med behandlingsformen i forbindelse med egen sykdom ville være mest positive i sine råd. 51 prosent av legene var positive til homøopatisk behandling ved en eller flere tilstander, kvinner i større grad enn menn. De vanligste tilstandene der legene ville vært positive til å prøve homøopati var ved angst (26–35 prosent), migrene (22–32 prosent) og pollenallergi (12–23 prosent). Konklusjonen var at leger som hadde studert i utlandet var mer positive enn de med utdanning fra Norge, kvinner er mer positive enn menn, og allmennpraktikere er mer positive enn sykehusleger.

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.

Den norske lægeforenings holdning til alternativ 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 behandling. Utvalgets innstilling ble publisert i 1997. Sentralstyret i Lægeforeningen 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 vedtak i Rådet for legeetikk der man blant annet peker på at alternative behandlingsformer ikke må komme til fortrenghet 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 godkjennings- og autorisasjonsordninger. Likevel bør legers kunnskaper om alternative behandlinger styrkes. Det fremheves videre at:

«Pasientens autonomi må respekteres fullt ut. Det forhold at en pasient søker alternativ behandling, gir ikke grunnlag for å endre holdning til pasienten fra legens side. Legen må oppetre fordomsfritt i forhold til pasientens valg og gjøre sitt til at pasienten, i tillit til legens profesjonalitet, åpent tør fortelle om hvilke kontakter han eller hun har. Hvis det oppleves viktig for pasienten, bør legen søke kontakt med den alternative behandler og søke dialog til beste for pasienten»

Helsepersonell som brukere av alternativ behandling

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 Helseregion Nord fant en at 12 prosent av legene, 32 prosent av sykepleierne og 46 prosent av kontorpersonelet 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 og lite tiltro til andre metoder, mens sykepleiere og kontorpersonelet hadde stor tiltro til de fleste metoder, kanskje unntatt helbredelse ved bønn og healing. I Aarbakke-undersøkelsen svarte vel to tredjedeler av deltagerne ansatt i helsetjenesten, og som ikke tidligere hadde benyttet alternative behandlere, at de kunne tenke seg å gjøre dette en gang i fremtiden. Akupunkturbe-

handling 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 foretatt blant Legeforeningens medlemmer fant en ingen sikker forskjell i bruk av alternativ behandling 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 tydelig i studien fra Helseregion Nord. Kvinnelige leger var her brukere av alternativ behandling i 23 prosent av tilfellene, mens mannlige leger hadde benyttet slike metoder i 7 prosent av tilfellene. Den samme kjønnsforskjellen knyttet til bruk av alternativ behandling finner vi mellom kvinnelige og mannlige sykepleiere, der 10 prosent av mennene var brukere.

5.2.2 Holdninger blant brukerne

På oppdrag fra Norske homøopaters landsforbund (NHL) utførte Opinion våren 2001 en undersøkelse om folks kjennskap og holdninger til homøopati. På spørsmål om hvordan en ville karakterisere sin tiltro til homøopatisk behandling svarte 7 prosent at denne var svært høy, 22 prosent svarte at den var ganske høy, mens 43 prosent av respondentene svarte at deres tiltro var både og. 8 og 7 prosent karakteriserte sin tiltro som henholdsvis ganske liten og svært liten. Samme spørsmål ble stilt gjeldende akupunktur. 14 prosent svarte at deres tiltro til akupunktur var svært høy, 39 prosent karakteriserte sin tiltro som ganske høy, mens 33 prosent karakteriserte sin tiltro som både og. Når det gjaldt folks tiltro til healing var det kun 3 prosent som karakteriserte denne som svært høy, men 46 prosent svarte at deres tiltro til healing var svært liten.

9 prosent av de spurte hadde benyttet akupunktur det siste året, mens 7 prosent hadde benyttet homøopati siste år. Tilsvarende tall for soneterapi og healing var henholdsvis 5 prosent og 3 prosent. Et flertall ønsket at akupunktur (68 prosent) og homøopati (52 prosent) skal inngå i helsetjenesten, det vil si at det ytes refusjon fra det offentlige. Henholdsvis 44 prosent og 31 prosent kan også tenke seg dette for soneterapi og aromaterapi, mens støtten til refusjon for healing var liten (13 prosent).

I NOU 1998:21 vises det til en undersøkelse fra 1997 hvor pasienter med kreft ble spurt om de mente utøvere av alternativ behandling 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 alternative utøvere trodde 67 prosent at utøverne hadde slik kunnskap. Av ikke-brukerne trodde 34 prosent dette.

På et generelt spørsmål om man synes pasientene burde få et tilbud om alternativ behandling innenfor sykehusene, mente to tredjedeler av brukerne av alternativ behandling at et slikt tilbud burde gis. Blant pasientene som ikke brukte alternativ behandling var 38 prosent positive til at et slikt tilbud ble gitt pasientene.

Bør utgifter til alternativ behandling refunderes?

I undersøkelsen til A-pressen i 1994 og Aarbakkeundersøkelsen i 1997 ble det stilt spørsmål om refusjon av alternativ behandling. 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), men det må tas i betraktning at kiropraktor var innlemmet i undersøkelsen fra 1997. Det er også flest som mener dette blant dem som har brukt alternativ behandling. Andelen av de som mener at utgiftene skal refunderes i den gruppen som ikke har benyttet alternative behandlere var henholdsvis 53 prosent i 1994 og 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.

NHL-undersøkelsen fra 2001 viser at et overveiende flertall mener at alternativ behandling bør gjøres til gjenstand for offentlig refusjon. 15 prosent sier at alternative behandlingsmetoder bør stå utenfor.

Hvem bør utøve alternativ behandling?

I NOUen vises det til en telefonundersøkelse fra 1995 hvor det ble spurt om hvilke grupper som bør være utøvere av alternativ behandling. 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 behandling. 7 prosent mente at «enhver som har tatt utdanning/kurs innen dette feltet» skal være utøver av alternativ behandling.

Samme undersøkelsen viser at over 80 prosent er positive til at det vurderes en godkjenningssordning av utdanningen innen alternativ behandling og dermed en autorisasjon av alternative utøvere. Under 10 prosent sier at de er negative til en slik ordning.

Undersøkelsen viser også at 40 prosent er enig i at en må ha henvisning fra lege for å kunne motta alternativ behandling, mens vel halvparten (54 prosent) er uenig i dette.

5.2.3 Holdninger blant alternative utøvere

Alternative terapiformer og alternative terapeuter har ikke en formell plass i helsetjenesten i dag. Imidlertid er det mange utøvere som samarbeider med helsepersonell eller fagmiljøer i helsetjenesten. Dessuten har mange alternative utøvere en helsefaglig utdanning (for eksempel lege, sykepleier, fysioterapeut), jf. punkt 4.4.

Synspunkter som fremkom i Aarbakkeundersøkelsen

I spørreundersøkelsen foretatt av Aarbakke-utvalget fremgår det at de fleste utøvere som har gjennomgått en utdanning, og er organisert i en forening for alternative utøvere, ønsker anerkjennelse. Dette innebærer blant annet at de ønsker å samarbeide med den etablerte helsetjenesten og at de ikke er negative til en eventuell regulering av virksomheten.

Noen få foreninger fremholder imidlertid at de ikke har noen plass i helsetjenesten 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 den etablerte helsetjenesten. Sentralt i denne argumentasjonen er pasientens valgfrihet.

I undersøkelsen fremkommer det videre at ingen av foreningene som organiserer alternative behandlere som har et samarbeid med helsetjenesten i dag mener at dette samarbeidet er tilstrekkelig. De fleste foreningene mener at alternativ behandling bør få en større plass i helsetjenesten. Mange av foreningene mener at denne plassen bør formaliseres og alternative behandlingsformer bør innlemmes. Dette gjelder både foreninger som organiserer utøvere som har helsefaglig kompetanse i tillegg til kompetanse innen alternativ behandling, og foreninger som organiserer utøvere som i hovedsak ikke har slik helsefaglig kompetanse.

Eksempel er massørene 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 homøopaters landsforbund som viser til at det allerede er et samarbeid med helsetjenesten 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 helsetjenesten ved blant annet henvisninger, at homøopater kan bekle stillinger i den offentlig helsetjenesten og administrasjon og ved samarbeidsmodeller innen forskning.

I flere av foreningene for alternative utøvere er medlemmene autorisert helsepersonell. Disse utøverne har en tilleggsutdanning innen alternative terapiformer. 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 gis grunnlag for refusjon fra folketrygden.

Departementets vurdering av holdninger blant utøverne i dag

På bakgrunn av høringsuttalelsene til Aarbakke-utvalgets innstilling, helsemyndighetenes kontakt med utøverorganisasjonene og øvrig kontakt med feltet, har departementet et klart inntrykk av at utøvernes holdninger til egen virksomhet og forholdet til helsetjenesten er preget av mye tvisyn. Mange er opptatt av at det er nødvendig å heve kvaliteten på utdanning og etterutdanning for å kunne gi pasientene/brukerne et godt nok tilbud. Disse opplever i mange tilfeller at alternative behandlere ligger etter helsetjenesten i profesjonalitet, blant annet på grunn av kort faghistorie i Norge, mangel på gode finansielle og organisatoriske rammer etc. Samtidig kan samme utøvere ha nokså sterk tro på at deres egen grunnleggende tilnærming til helse og behandling er riktige enn de oppfatninger som helsetjenesten bygger på.

Som det blant annet fremgår av hørings svar til Aarbakke-utvalgets innstilling er holdningene til

samarbeid med helsetjenesten og integrasjon av alternativ behandling i helsetjenesten svært blandede. Dette inntrykket har helsemyndighetene fått forsterket i kontakten med utøversiden. For det første er det frykt for at den etablerte medisin med sin innflytelse over utøvende helsetjenestes fortolkninger av forklaringsmodeller og behandlingsmetoder, vil ta i bruk avgrensede aspekter av alternative behandlingsformer på en ukynlig måte. Dette dreier seg både om manglende tiltro til at medisinerer vil ta seg tid til å lære nok til at de forstår teori-grunnlaget for slik behandling, at de vil makte å anvende teknikker korrekt, og at de vil være i stand til å individualisere behandlingen. Noen hevder at deres erfaring er at helsepersonell må avlære sine egne forståelsesformer for å kunne bli en god alternativ behandler, fordi denne i stor grad fungerer som en sperre.

For det andre frykter noen at i det øyeblikk medisinen anvender alternative metoder, så vil alternative behandlere – de egentlige ekspertene på dette – bli marginalisert. De frykter å miste kontrollen over fagutviklingen og forvaltningen av hva som er god og mindre god praksis innen eget fagfelt. Ikke minst er reguleringen av legemidler/naturlegemidler og helsekost en kilde til slik bekymring, jf. Ot.prp. nr. 55 (2002–2003). Med dagens lovgivning mener noen behandlere de ikke har interesse av å framskaffe dokumentasjon, fordi dokumentert effektive midler vil bli fratatt dem og underlagt legenes kontroll.

For det tredje er det frykt for at integrasjon i helsetjenesten kan føre til uklare ansvarsforhold, og at man som ikke-autorisert personell kommer i en vanskelig posisjon i forhold til tilsynsmyndighetene. Man spør seg om samarbeid vil skje på grunnlag av likeverd, eller over- og underordning.

På den andre siden finnes det også talsmenn for mer integrasjon, nettopp forutsatt at det skjer på grunnlag av likeverd. Gjennom en felles forpliktelse til pasientens/brukerens beste og vitenskapelig tilnærming kan man kombinere det beste fra begge verdener, og slik skape en moderne «flerhelsetjeneste». Nettopp gjennom samarbeid øyner noen håp om å få helsetjenesten over på et riktigere spor, med mer vekt på forebyggende og mykere metoder, og større grad av egenbehandling som krever noe av brukerne.

Etter departementets oppfatning ser de aller fleste alternative utøvere ut til å ønske seg større respekt fra skolemedisinen, og bedre samarbeid, om så mellom to verdener som fungerer hver for seg. En temmelig massiv kritikk av farmasøytisk industri og dens antatte makt over forskning og klinisk praksis synes også å være en fellesnevner. På

lengre sikt er det departementets inntrykk at de fleste ønsker en utvikling mot likeverdig integrering i en mer mangfoldig helsetjeneste. Ulikhetene i oppfatning dreier seg i stor grad om i hvilken grad tiden for dette snart blir vurdert å være moden.

5.2.4 Oppsummering

Sykepleiere synes å være hyppigere brukere av alternativ behandling enn det en finner blant befolkningen for øvrig, mens leger benytter slike metoder mot egne lidelser sjeldnere enn andre grupper i samfunnet. Flere studier har vist hyppigere bruk av alternativ behandling blant kvinner i befolkningen enn blant menn. En gjenfinner dette også blant kvinnelige leger og sykepleiere. 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.

Når det gjelder *brukernes* holdninger viser NHL-undersøkelsen ikke overraskende at befolkningens tiltro til akupunktur er vesentlig høyere enn til homøopati, mens tilliten til healing må karakteriseres som temmelig liten. Et flertall ønsker at både akupunktur og homøopati skal inngå i helsetjenesten, det vil si at det ytes refusjon på toppen av en egenandel for behandling. Et mindretall kan også tenke seg dette for soneterapi og aromaterapi, mens støtten til refusjon for healing er liten.

Utøvernes holdninger til integrasjon og samarbeid med den etablerte helsetjenesten, må oppsummeres som svært blandede. Det er en betydelig frykt for at den etablerte medisin kun vil ta i bruk avgrensede aspekter av alternative behandlingsformer, uten at den opprinnelige forståelsesmodell ligger til grunn. Videre frykter noen at i det øyeblikk medisinen anvender alternative metoder, så vil de alternative behandlere bli marginalisert. Det ser ut til å være et felles ønske om større respekt og bedre samarbeid med medisinen. Det ser også ut til å være enighet om at en på sikt ønsker seg en utvikling mot likeverdig integrering i en mer mangfoldig helsetjeneste.

6 Kunnskapsstatus og forskningsaktivitet

Etter departementets oppfatning er det fire sentrale aktiviteter som kan knyttes til kunnskapsstatus. Det er forskningsvirksomhet, kunnskapshåndtering og -spredning, utredningsarbeid og samarbeidsprosjekter. Dette omtales nedenfor i både nasjonalt og internasjonalt perspektiv.

6.1 Forskning

Forskning står ofte sentralt i kunnskapsutvikling. Innenfor helsetjenesten er det et uttalt mål at de tjenester som tilbys skal være kunnskapsbasert. Kunnskapen kan være basert på forskning eller systematisert erfaring. I diskusjonen om kunnskapsoppbygging og framtidig forskning innen alternativ behandling er det etter departementets oppfatning viktig med en statusbeskrivelse som utgangspunkt.

6.1.1 Historisk blikk på forskning innen alternativ behandling

6.1.1.1 Framveksten av medisinsk vitenskap

Både medisin og alternative behandlingsformer har i stor grad felles historiske røtter. Det er i historisk perspektiv ikke veldig lenge siden bare en liten del av medisinen bygget på vitenskap. I 1998 kunne medisinsk vitenskap feire hundreårsjubileum for randomiserte kliniske forsøk, det vil si forsøk basert på at et utvalg av pasienter fordeles statistisk tilfeldig på en eller flere forsøksgrupper og en kontrollgruppe. Utviklingen av denne metoden satte fart i kunnskapsutviklingen, og er basis for svært mye av det vi i dag kaller kunnskapsbasert medisin. Slike kliniske forsøk har en dominerende posisjon i forskningen, særlig innen legemiddelutprøving.

I de første tiår av 1900-tallet eksisterte alternativ behandling og medisinsk virksomhet side om side i mange vestlige land. Imidlertid var det et begrenset antall helseprofesjoner som hadde status i kraft av lovgivning og faglig autoritet i offentlig regulert helsetjeneste, undervisning og forvaltning. Disse profesjonene ble etter hvert dominerende i helsetjenesten også i kraft av at deres fagområde ble gjenstand for forskning. Blant de vitenskapelige gjennombruddene var blant annet oppdagelsen av sulfapreparater og ikke minst penicillin, som la grunnlaget for bruk av antibiotika i behandling av infeksjoner. Dermed ble også dyrking av cellekulturer viktig. Farmasøytisk industri vokste fram, og ble også en mektig politisk aktør, ikke minst i USA. Introduksjon av røntgenapparatet og moderne anestesimetoder inkludert narkose, var også viktige gjennombrudd som åpnet for nye muligheter i diagnostikk og behandling.

Forskning knyttet til legemidler har i stor grad vært med på å prege den medisinske kunnskapsutviklingen når det gjelder klinisk praksis. Det kan også synes som om medisin i likhet med andre vitenskaper har hatt tradisjon for å prioritere faglig videreutvikling innenfor rammen av kjente teoretiske tilnærminger. Alternative behandlere har oppfattet dette som et tilnærmet monopol der man nesten bare stiller forskningsspørsmål som ikke utfordrer egen virkelighetsoppfatning. Ikke desto mindre er medisinen historie full av avgjørende gjennombrudd, som etter noen tids motsand fra etablerte faglige autoriteter blir akseptert av hele fagfeltet.

Vilkårene for forskning innen alternativ behandling

Den samlede internasjonale forskningsinnsatsen innen feltet alternativ behandling er beskjedent i forhold til medisinsk forskning, selv om det har vært en vekst de siste årene. Dette kan i stor grad forstås ut fra behandlingsformenenes omfang og utøvernes antall i forhold til skolemedisinen. Det kan også forklares ut fra hvordan offentlige forskningsmidler kanaliseres til forskningen. I lys av dette kan det derfor hevdes at det ikke er overraskende at så vidt lite av alternativ behandling er dokumentert, jf. pkt. 6.1.4. En annen årsak til lav forskningsaktivitet og manglende dokumentasjon er at de aller fleste alternative behandlerne ikke har forskningskompetanse eller ansettelse i forskningsinstitusjon. Mange studier med påstander om effekt er for metodisk svake til å kunne tillegges vekt.

Et tredje forhold er at medisinerne som forsker på alternativ behandling kan ha andre oppfatninger enn de alternative behandlerne om hvilke forskningsspørsmål som er verdt å stille, og hvilke kriterier man skal se etter i de enkelte undersøkelser. Norsk forskning innen homøopati og akupunktur

kritiseres av alternative utøvere for å preges av skjevheter i utforming av forskningsopplegg. Det kan også være strid om hva som er egnet forskningsmetode, og i hvilken grad man kan trekke gyldige slutninger ut fra såkalt kvalitative studier.

6.1.1.2 Forskningsrådets program for alternativ medisin

Etter anmodning fra Stortinget i 1992 ble Norges forskningsråd (NFR) i 1993 tildelt midler for å etablere et forskningsprogram for alternativ medisin, med en årlig ramme på 1,5 millioner kroner. Bevilgningen fra Sosial- og helsedepartementet har økt til 3,25 millioner kroner i 2000. I 1992 eksisterte det allerede et privat fond for forskning innen alternativ medisin, Norsk Forskningsfond for Alternativ Medisin, som utøvermiljøer hadde tatt initiativ til. Deltakerne i dette fondets styre ble i stor grad trukket med i NFR-programmets styre og aktiviteter. Lenge var det medisinerne som fikk brorparten av bevilgningene, fordi de hadde bedre søknader enn de alternative utøverne. Forskningsrådet så derfor behov for å tilby opplæring i forskningsmetode for disse. Forskningen har i stor grad vært konsentrert om effekter av homøopati og akupunktur i ulike sammenhenger. Noen planlagte prosjekter har ikke blitt realisert, grunnet manglende interesse fra medisinske samarbeidspartnere og problemer med rekruttering av pasienter til forsøk. I 1999 fullførte den første kandidaten med ståsted innen alternativ og komplementær behandling doktorgrad med finansiering av programmet.

Etableringen av Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM)

Etter avgivelsen av NOU 1998:21 tok Norges forskningsråd initiativ til å etablere et senter som beskrevet i utredningen. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) ble i 2000 etablert ved Universitetet i Tromsø. NAFKAM har i 2002 fått en bevilgning via NFR på 1,6 millioner kr, og har en bemanning med 1,2 forskerstillinger, 1 stipendiat samt administrativ leder. Senteret har dessuten ekstern finansiering fra Kreftforeningen og Eckboes legat. Den eksterne finansieringen er knyttet til ulike prosjekter.

I treårsperioden 2001–2003 skal senteret følge opp allerede igangsatte studier og vil initiere studier innen følgende temaer:

1. Effektforskning på alternativ behandling, med hovedvekt på akupunktur/akupressur, homøopati, soneterapi, urtemedisin/kosttilskudd og alternativ behandling ved terminal sykdom

2. Holdninger til alternativ behandling (akupunktur og homøopati)
3. Registrering og validering av enkeltcases
4. Kartlegging av norsk folkemedisin

Program for pasientnær klinisk forskning og alternativ medisin

Forskningsrådets program for forskning innen alternativ medisin ble i 2001 slått sammen med programmet for pasientnær klinisk forskning. Programmetts formål beskrives i seks punkter:

1. Økt forståelse av sykdomsmekanismer
2. Bedre diagnostikk
3. Dokumentere effekt av behandling
4. Gi kompetanse til å vurdere nye medisinske metoder
5. Sikre at internasjonal forskning kommer norske pasienter til gode
6. Sikre implementering av evidensbasert klinisk praksis

I programplanen som gjelder fram til 2005 er den overordnede målsetting økt viten om effekt. Opplæring av potensielle forskere og kvalitetssikring av søknader er sentrale virkemidler.

De samlede tilskuddene til forskning innen alternativ behandling utgjør årlig ca. 3,25 millioner kr, inkludert driftsutgifter for NAFKAM.

6.1.2 Internasjonal forskningsaktivitet og kunnskapsutvikling

I beskrivelsen nedenfor gis en omtale av de forsknings- og kunnskapsmiljøer som etter departementets oppfatning har størst relevans for vårt land.

I *Danmark* ble Videns- og forskningscenter for alternativ behandling (VIFAB) etablert i august 2000 som selveiende institusjon under Indenrigs- og Sundhedsministeriet. VIFAB har i 2002 en bemanning på seks stillinger og en bevilgning på 8,8 millioner DKK, fordelt på 2,8 millioner DKK i ordinær drift og 6 millioner DKK til utdeling til eksterne forskningsprosjekter (jf. NFRs rolle i Norge). Formålet med senteret er nokså likt målsettingen for NAFKAM, men VIFAB har i større grad enn NAFKAM ivaretatt oppgaver som har likhetstrekk med Aarbakke-utvalgets forslag om en offentlig informasjonsbank, se pkt. 11.3. VIFAB ble evaluert i en rapport publisert september 2002, hvor hovedkonklusjonen er at senteret er på god vei til å fylle sin målsetting. Imidlertid anbefales økte ressurser for å realisere målene fullt ut.

Departementet er ikke kjent med at det i *Sverige* er noen statlig politikk innen kunnskapsoppbyg-

ging/forskning på alternativ behandling. Imidlertid spiller Landstingsförbundet, som tilsvarende fylkesdelen av Kommunenes Sentralforbund, en aktiv rolle, og har utredet bruken av alternativ behandling i landstingene. Örebro universitet ved Centrum för komplementära hälsostudier følger feltet. Det foregår videre en del forskning, blant annet initiert av sykehusmiljøer.

USA er det landet som bruker desidert mest midler på forskning innen alternativ behandling. USA har uten sammenlikning også de beste forutsetninger for å gjennomføre forskningsprosjekter med kvantitativ effektvurdering. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), som er et institutt underlagt National Institute of Health (NIH), har i 2002 et budsjett på \$ 104 millioner. Dette er nærmere fire ganger så mye per innbygger som det Norge anvender til forskning innen alternativ behandling. NCCAM er verdens største offisielle forsknings- og dokumentasjonssenter for alternative og komplementære behandlingsformer. NCCAM har som formål å støtte forskning på alternative behandlingsformer, fremme kvaliteten på behandlingene samt å informere offentligheten om virkning og sikkerhet av alternative behandlingsformer. Senteret har en omfattende hjemmeside med litteratur- og forskningsdatabase.

I *Storbritannia* har den offentlig initierte stiftelsen Foundation for Integrated Medicine (FIMED) en sammensatt rolle, både som finansieringskilde for forskning, informasjonsbank, bidragsyter til politikktutvikling og pådriver for integrering av alternativ behandling i helsetjenesten. Denne pådriverrollen skiller FIMED fra VIFAB og NAFKAM. FIMED har gitt viktige bidrag til forskjellige myndighetsdokumenter, blant annet i forhold til profesjonell selvregulering i utøverorganisasjonene. National Health Service (NHS) har et kunnskapscenter ved universitetet i York, som har publisert flere kunnskapsoppsummeringer om alternativ behandling. Ved universitetet i Exeter er det en egen avdeling for komplementær medisin, som også vurderer dokumentasjon og publiserer oversiktslitteratur på feltet. De nevnte institusjonenes arbeid har vært nyttige som bakgrunnsmateriale for denne proposisjon.

I *Tyskland* er forskningsmiljøet ved det tekniske universitetet i München av interesse, hvor enkelt personer har hatt nøkkelfunksjoner i internasjonalt arbeid med systematiske kunnskapsoppsummeringer, spesielt innen homøopati.

Innen EU tok Europaparlamentet initiativ til forskning og kunnskapsoppsummering på effekten av alternativ behandling innenfor samarbeidspro-

grammet for vitenskap og teknologi (COST B4). Styringsgruppen avgav rapport om effektvurderinger i 1998. Rapporten fant ikke at noen behandlingsform var tilstrekkelig dokumentert. Både Europarådet og Europaparlamentet har uttalt at det er behov for forskning på alternativ behandling. Innen EUs rammeprogram for livskvalitet (1999–2002) var det meningen å finansiere flere studier, men bare en søknad oppfylte kvalitetskravene for bevilgning. EU finansierer imidlertid nå et prosjekt om dokumentasjon av alternativ behandling ved kreft. NAFKAM deltar i dette arbeidet som representant for European Cancer League, etter forespørsel formidlet av Den norske kreftforening.

Kinesiske fagmiljøer besitter en betydelig erfaringsbasert kunnskapsbase om sin tradisjonelle medisin (Traditional Chinese Medicine – TCM). Denne kunnskapen er imidlertid fortsatt i liten grad kvalitetssikret gjennom adekvat forskning. En særskilt utfordring er hvordan kvalitetssikret kunnskap i TCM kan gjøres lettere tilgjengelig både internasjonalt og for kinesiske helsearbeidere. I Kina er det kun leger som har lov til å behandle med akupunktur og urtemedisin. Forskningssamarbeid innen TCM og erfaringsoverføring om hvordan kineserne integrerer TCM i ulike deler av helsetjenesten vil være en viktig del av helsesamarbeidet mellom Norge og Kina, jf. treårig handlingsplan undertegnet av de to lands helseministre 21.10.02.

Departementet oppfatter det slik at *Hong Kong* og *Singapore* er viktige bindeledd mellom østlig og vestlig medisin, fordi man disse steder satser på forskning og arbeider systematisk med kunnskapsoppbygging. Samtidig har man høy faglig kompetanse både innen tradisjonell kinesisk medisin og vestlig medisin. Begge steder er det ambisjoner om å strekke seg langt for å innfri de strenge kvalitetskrav som stilles til dokumentasjon av urtemedisin i Europa, både med hensyn til effekt, sikkerhet og kvalitet i produksjonsprosessen. De aktuelle land ser antagelig her et betydelig eksportpotensial.

6.1.3 Aarbakke-utvalgets vurderinger av dokumentasjon

6.1.3.1 Aarbakke-utvalgets syn på forskning og kriterier for vurdering av effekt

I NOU 1998:21 legger Aarbakke-utvalget til grunn at behandlingsformer som tas i bruk i helsetjenesten helst skal ha dokumentert effekt. For å kunne vurdere forskning på alternativ behandling drøftet utvalget ulike kriterier som kunne benyttes. I lys av de kriterier som ble valgt og det innsamlede materiale konkluderer utvalget med at alternativ behandling i liten grad har dokumentert effekt. Forsknin-

gen på alternativ behandling er imidlertid svært begrenset, og til dels metodisk svak. Utvalget så derfor behov både for mer forskning og for kvalitets-sikring av forskningen. I tillegg så utvalget behov for å utvide perspektivet i forskningen om alternativ behandling, fordi samhandlingen i behandlingssituasjonen i for liten grad har vært fanget opp av forskningen hittil. Etter alternative utøveres synspunkt er kvaliteten på samhandlingen sterkt medvirkende til behandlingens effekt.

Utvalget fikk tilsendt dokumentasjon fra utøvermiljøene. Det ble ikke gjennomført selvstendig informasjonsinnhenting unntatt for akupunktur, og det ble ikke søkt i relevante kunnskapsbaser. Utvalget formulerte en sekstrinns stigemodell for kategorisering av effekt, der trinnene i stigende rekkefølge kategoriseres som «farlig», «ikke effektiv», «utilstrekkelig datagrunnlag», «kanskje effektiv», «mulig effektiv» og «dokumentert effektiv». Placebo er utelatt som effektmål, det vil si at behandling ikke anses effektiv dersom virkningen ikke overstiger en forventet placeboeffekt. Utvalget konkluderte med å karakterisere akupunktur som dokumentert effektiv ved postoperativ og cellegiftindusert kvalme. Ingen annen anvendelse av akupunktur og øvrige behandlingsformer var ansett å ha dokumentert effekt.

6.1.3.2 Høringsinstansenes kritikk mot utvalgets forskningssyn og vurderinger

De fleste som kommenterte utvalgets effektivvurderinger var kritiske. Fra den etablerte medisin kom kritikk for mangelfull kildekritikk og fravær av systematisk søk i kunnskapsbaser, mens alternative utøvere er skuffet over hvor lite som anses å ha dokumentert effekt. Disse kritiserer dels at virkelighetsoppfatningen som ligger til grunn for vurderingene ikke er gjort eksplisitt, og dels at det ensidig er medisinenes forståelse som legges til grunn for vurdering av alternativ behandling, mens sammenhenger slik holistiske helsemodeller framhever blir ignorert av utvalget.

Statens institutt for folkehelse foreslo at effekten av behandlingstiltak dokumenteres før det blir en del av helsetjenesten. Effekten må være av en viss størrelse. Der nytten er stor i forhold til kostnadene, er refusjon aktuelt. Slike vurderinger må bygge på pålitelige kunnskapsoppsummeringer. Det pekes videre på at Aarbakke-utvalgets metode med å forholde seg til innsendt materiale framfor å gjøre systematiske litteratursøk gjør framstillingen av dokumentasjon nærmest verdiløs.

Helsetilsynet mener livskvalitet og velvære er legitime effektmål.

Universitetet i Oslo og Helsetilsynet er opptatt av at det ikke er nok å dokumentere at en behandling virker, men at man også må vite hvorfor. Universitetet mener at de alternative forklaringsmodellene dels unndrar seg mulighet for kritisk testing. Videre kritiseres utvalget for å legge alt for liten vekt på placeboeffekter.

Høgskolen i Harstad savner en paradigmediskusjon, og mener alternativ behandling ikke kan måles med den offisielle medisinenes forskningsmetoder. Høgskolen framholder at alternative terapeuter individualiserer komplekse behandlingsopplegg ut fra en holistisk tilnærming.

Forskningsrådet mener det må være mulig å evaluere sammensatte intervensjoner uten en klar forhåndsoppfatning om virkningsmekanismer. Dette forutsetter standardisering av intervensjonen. Hvis ikke, blir forskning vanskelig.

Forskere i alternativ medisin ved Universitetet i Oslo er opptatt av at pasientenes opplevelser er et viktig forskningstema, og at medisin og helse også må forstås sosialt og kulturelt.

6.1.4 Departementets vurderinger av forskningsstatus

Fagutviklingen i praktisk medisin drives i stor grad framover av forsøk på å besvare fem spørsmål:

- Hvorfor blir noen syke, mens andre holder seg friske?
- Hvordan kan man avgjøre hva pasienter feiler?
- Hva kan man gjøre for den syke?
- Hvordan går det med den som er syk?
- Hvordan er det å være syk?

Formulert på en annen måte er helsefagernes og helsetjenestens oppgave å utforske, ta vare på og bruke kunnskap om: Sykdomsårsaker, diagnostikk, effekt av forebygging, behandling og rehabilitering, prognose og pasienterfaringer. Inndelingen korresponderer med forskjellige måter å innhente kunnskap på. Hvis man vil utforske om noe forebygger sykdom eller bedrer livskvalitet, må man gå fram på en annen måte enn om man vil innhente kunnskap om hvordan pasienter opplever det å være syk.

De fem spørsmålene besvares ulikt av alternative behandlere og den etablerte skolemedisin. Dette henger sammen med forskjellene i de forklaringsmodeller for sykdom og helse som det er redegjort for i kapittel 4, jf. også drøftingen i kapittel 10. Medisinsk forskning har i stor grad vært orientert mot å avdekke og kurere den objektivt beskrevne sykdomsprosess med definert diagnose (disease), mens oppmerksomheten rundt de subjektivt opp-

levde sider av sykdommen (illness) og av mestringen av sykdomssituasjonen har vært mindre. Det har medført begrensninger i den medisinske forskningens tilnærming til spørsmål om effekt og prognose, og kanskje for liten interesse for pasienterfaringer. Ulikhetene i ståsted, forklaringsmodeller og virkeområde i pasientbehandling kan være en av årsakene til at alternative behandlere og etablert medisin dels snakker forbi hverandre i vurdering av hva som kan anses for dokumentert effektiv behandling, og hvilke forskningsspørsmål som er interessante å stille.

Uavhengig av behandlingstradisjon kan man si at helsetjenesten er handlingsorientert. Man nøyer seg ikke med å reflektere over hvorfor noen er blitt syke eller hva slags sykdom eller plage det kan være. Helsepersonell er opplært til å vurdere og eventuelt foreslå og iverksette tiltak. Dette stiller store krav til beslutningsgrunnlaget. Et sentralt spørsmål er; vet man at dette tiltaket gjør mer nytte enn skade?

Den norske forskningsinnsatsen på feltet alternativ behandling ble i en tidlig fase preget av devisen om å «la de hundre blomster blomstre». Dette resulterte i til dels svak gjennomføringsevne og ressursbruk, grunnet mangelfull metodisk skolering. Det stilles nå strengere krav, og det er ikke mangel på søknader til NFR som borger for god kvalitet på prosjektene. Som eksempler på utførte forskningsprosjekter kan nevnes at flere av de norske studiene har omhandlet nettopp de problemstillinger innen akupunktur det er best dokumentasjonsgrunnlag for. Et tema som flere ganger er belyst av norske forskere, er om det homøopatiske middelet arnica har effekt på støle muskler etter langvarig og anstrengende fysisk aktivitet. Det foreligger også en del forskning om andre homøopatiske midler, og om holdninger til alternativ behandling. Forskningsaktiviteten foregår i tilknytning til alle landets universiteter. De alternative utøverorganisasjonene gir imidlertid uttrykk for at de i liten grad er premissleverandører ved utvikling av forskningsprosjekter.

Et samlet inntrykk av forskningen er at temavalg er godt i samsvar med norske pasienters bruk av alternativ behandling, men at det er noe dublering i forhold til den internasjonale kunnskapsbasen. Departementet viser for øvrig til at tiltaksplanen for å motvirke antibiotikaresistens også omfatter en avklaring av om det foreligger eller kan fremskaffes vitenskapelig dokumentasjon for bruk av alternativ behandling ved infeksjoner i allmennlegepraksis.

Sosial- og helsedirektoratet har foretatt en effektivvurdering av følgende utvalgte terapiformer:

akupunktur, homøopati, urtemedisin, osteopati og naprapati. Direktoratet kom etter systematiske søk i kunnskapsbaser stort sett til samme konklusjoner som Aarbakke-utvalget. Akupunktur ser ut til å være effektivt mot post-operativ kvalme hos voksne, mot kvalme og oppkast etter cellegiftbehandling og som smertebehandling etter tannkirurgi. Johannesurt er effektiv ved korttids behandling av mild til moderat alvorlig depresjon. Ingen andre behandlingsformer ble av direktoratet vurdert som dokumentert effektive på grunnlag av kunnskapsoppsummeringene og de kriterier disse bygger på. Departementet anser at slike vurderinger er en viktig del av beslutningsgrunnlaget med hensyn til ulike former for integrering i helsetjenesten.

6.2 Kunnskapshåndtering og kunnskapsspredning

Med kunnskapshåndtering menes systematiske forsøk på å evaluere tilgjengelig forskning, med sikte på å fastslå hva vi kan betrakte som sikker viten innen ulike fagfelt. Kunnskapsspredning er det arbeid som gjøres for å gjøre kunnskapen allment kjent.

Cochrane-samarbeidet

The Cochrane Collaboration er en internasjonal organisasjon for medisinsk forskningssamarbeid som har som mål å hjelpe klinikere, brukere og politikere til å ta velfunderte beslutninger om helsetjenester ved å lage, oppdatere og distribuere systematiske oversikter om effekten av tiltak innen helsetjenesten. Cochrane-samarbeidet representerer således et forsøk på å bote på den rådende mangel på systematikk og orden i foreliggende medisinsk litteratur. Cochrane-samarbeidet har et nordisk senter i København, med en egen norsk avdeling i Sosial- og helsedirektoratet. Direktoratet har kjøpt en lisens som gir gratis tilgang til databasene til Cochrane-samarbeidet fra alle datamaskiner med norsk Internettadresse (søkeadresse <http://www.cochrane.no/>).

The Complementary Medicine Field er en arbeidsgruppe i The Cochrane Collaboration. Pr. mai 2002 finnes det 48 systematiske oversikter hvor forskjellige former for alternativ behandling er evaluert som behandlingstiltak ved ulike tilstander i The Cochrane Library. Det er også referanser til 51 protokoller (systematiske oversikter som er under arbeid). I tillegg arbeides det med en egen database for pågående studier og for å sikre at referanser til

randomiserte, kontrollerte studier indekseres i The Cochrane Controlled Trial Register.

Sosial- og helsedirektoratets arbeid med kunnskapshåndtering/spredning

Et av målene med etableringen av Sosial- og helsedirektoratet er å bidra til en mer kunnskapsbasert helsetjeneste og dermed bedret folkehelse gjennom gode faglige råd til både helsemyndigheter, helsetjenesten og befolkningen. En sentral strategi direktoratet ønsker å iverksette, er kunnskapsspredning av tilrettelagte versjoner av kunnskapen som er arkivert i Cochrane-basene. Det er naturlig at denne innsatsen også omfatter alternativ behandling.

Utdanningsinstitusjonene og profesjonsorganisasjonenes rolle

Universiteter og høyskoler har i undervisnings- og forskningssammenheng en forpliktelse til å holde seg faglig oppdatert, og er således støttespillere i arbeidet med å spre beste tilgjengelige kunnskap. Dette gjøres både gjennom undervisning i grunnutdanningene og i etter- og videreutdanning. Undervisningen både bygger på og suppleres av fagtidsskrifter og lærebøker. I etter- og videreutdanning spiller også profesjonsorganisasjonene en viktig rolle.

6.3 Utredninger og myndighetsdokumenter i andre land

6.3.1 Storbritannia

I pkt. 8.5 omtales nærmere en rapport fra The House of Lords Select Committee on Science and Technology. Nedenfor omtales kun de aspekter som berører dokumentasjon. Komiteen gir en prinsipiell tilråding om at National Health Service bør tilby behandling innen terapier som har «en kritisk mengde» vitenskapelig dokumentasjon. Komiteen forutsetter at man kan påvise effekt utover et forventet placebo-nivå. Komiteen anbefaler at man også retter oppmerksomhet mot dokumentasjon av alternative behandlingsformers diagnostiske metoder. Komiteen gjør også forsøk på å inndele ulike grupper av behandlinger etter deres dokumentasjonsstatus, og hvorvidt de har en diagnostisk metode. Rapporten skiller mellom tre grupper:

1. Terapier som mener å ha diagnostisk tilnærming, og som (underforstått) forplikter seg på vitenskapelig tilnærming. Gruppen omfatter

akupunktur, homøopati, osteopati, kiropraktikk og urtemedisin. Disse terapiformene oppfattes i følge komiteen som «de fem store» internasjonalt.

2. Terapier som ikke har diagnostisk tilnærming, og i hovedsak anvendes komplementært (eksempler: aromaterapi, healing).
3. Terapier som mener å ha diagnostisk tilnærming, men er likegyldige til vitenskap (eksempler: folkemedisin, krystallterapi).

6.3.2 USA

I mars 2002 leverte utvalget White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy, sin rapport til regjeringen. Anbefalingene følger mønsteret med forslag om mer satsing på forskning, informasjon, utdanning og kvalitetssikring. Rapporten hevder at dokumentasjon tilsier at terapier som akupunktur, biofeedback, yoga, massasje, tai chi og enkelte ernæringsmessige og stressreducerende tiltak kan bidra til å nå nasjonale helsemål.

6.3.3 Norden

Ingen av de øvrige nordiske land har i løpet av de siste 10 år utarbeidet dokumenter om alternativ behandling, verken på oppdrag fra helsemyndighetene eller i helsemyndighetenes regi.

6.4 Samarbeidsprosjekter og status for integrering av alternativ behandling i helsetjenesten

6.4.1 Integreringsprosjekter på sykehus

Departementet er kjent med at Hålogaland sykehus HF, Harstad sykehus planlegger etablering av en grønn paviljong inne på sitt område, kalt Hålogaland helsemarked. Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i Tromsø har tilsvarende planer. I lengre tid har UNN latt pasienter som ønsker det få besøk på sine rom av alternative behandlere. Særlig etterspør enkelte pasienter «lesere», det vil si læstadianske healere. Fra 2003 vil et forskningsprosjekt om hvorvidt pasienter opplever lindring av sine symptomer ved hjelp av alternativ behandling gjennomføres på kreftavdelingen. Avdelingen åpnes derfor for alternative behandlere, under avdelingens kontroll.

Aker Universitetssykehus HF tilbyr akupunktur på sin smerteklinikk. Også ved Sunnaas sykehus HF anvendes akupunktur. Både Aker og en rekke

andre sykehus anvender akupunktur i forbindelse med fødselssmerter og ved post-operativ eller cellegiftindusert kvalme. Stort sett er bruken av akupunktur i norske sykehus begrenset til få tilstander og en standardisert behandlingsmåte. Andre alternative behandlingsformer blir sjelden anvendt ved sykehus.

6.4.2 Alternativ behandling i primærhelsetjenesten

I primærhelsetjenesten forgår trolig en noe mer utstrakt bruk av alternativ behandling, som i hovedsak utføres av autorisert helsepersonell. Akupunktur anvendes oftest av fysioterapeuter og jordmødre, og i noe mindre grad av leger, tannleger og sykepleiere. En del leger anvender også homøopati. Både enkelte leger og annet helsepersonell gir kostveiledning som ligger i grenseland mellom medisinske og alternativ behandling.

6.4.3 Bedriftshelsetjeneste og sykefravær

Det er en gryende interesse i større bedrifter og offentlige etater for å utvikle et bredere tilbud i bedriftshelsetjenesten, blant annet ved å innlemme trenings- og terapiformer som tai chi, qi gong og aromaterapi og mentale teknikker som tankefeltterapi (TFT) mv. Årsaker til interessen er blant annet opplevelsen av stress på mange arbeidsplasser, samt veksten i sykefraværet.

6.4.4 Forhold i enkelte andre land

Storbritannia

Alternativ behandling tilbys i økende grad på britiske sykehus. Innenfor National Health Service er det for eksempel fem sykehus som tilbyr homøopati, hvorav minst ett er grunnlagt som et homøopatisk sykehus (The Royal London Homoeopathic Hospital, grunnlagt 1850). Foruten homøopati og akupunktur benyttes særlig aromaterapi ved enkelte sykehus. Aromaterapiens anvendelsesområde er særlig symptomlindring ved cellegift-kvalme, angst og smerter hos kreftpasienter. Dette er hovedsakelig komplementær behandling, og ikke et selvstendig alternativ til medisinsk behandling. Behandlingen utføres i første rekke av autorisert helsepersonell med tilleggsutdanning i alternative behand-

lingsformer, og i noen grad også av ikke-autoriserte alternative behandlere som arbeider under ledelse av autorisert personell.

I den britiske helsetjenesten styres offentlig kjøp av helsetjenester til befolkningen av lokale fond, såkalte primary care groups/trusts (PCG/PCT). Fondene bestemmer i stor grad selv hvilke tilstander de vil prioritere å dekke, og hvilke behandlingsformer som skal inngå i tilbudet til innbyggerne. Dette betyr at fondene har frihet til å gi refusjon for alternativ behandling, hvilket enkelte av dem har valgt å gjøre. Det er blant annet etablert fast samarbeid om henvisning mellom enkelte fond og de før nevnte sykehus. Omfanget av integrering er så vidt betydelig at myndighetene i samarbeid med blant annet Foundation for Integrated Medicine (FIMED) har utviklet en veiledende informasjonsspakke for fondene om kjøp av alternativ behandling. FIMED har også utgitt en eksempelsamling over hensiktsmessig integrering. Dessuten har FIMED, myndighetene og Centre for Health Research and Evaluation arbeidet med retningslinjer for kvalitetsutvikling og kontinuerlig etter- og videreutdanning innen alternativ behandling. Forsøkene på kategoriseringer av terapier i rapporten fra House of Lords, kan også ses som et signal til fondene om hvilke terapier de bør begrense seg til.

Andre vestlige land

I USA har flere universiteter med medisnutdanning, deriblant Harvard, gått sammen om å fremme undervisning, forskning og behandling innen det som omtales som integrativ medisin. Med integrativ medisin menes hvordan man kan integrere behandling med skolemedisinske og alternative tilnærminger. Stadig flere sykehus tilbyr komplementær behandling eller integrerte behandlingsopplegg, fordi dette har blitt en viktig faktor i konkurransen om pasientene. Dette gjelder ikke minst tilbud til kreftpasienter.

Santa Monica-klinikkene er en amerikansk kjede av private sykehus som bygger på full integrering av alternativ behandling og etablert medisin. Det er nå etablert Santa Monica-klinikker også i blant annet Tyskland og Polen.

Departementet har ikke oversikt over om det foregår tilsvarende systematisk og organisert integrering av alternativ behandling i sykehus i andre europeiske land.

7 Gjeldende rettslig regulering

7.1 Innledning

Det finnes ingen særskilt lov som regulerer alternativ behandling, for eksempel i forhold til hvem som kan drive slik virksomhet, hvordan virksomheten skal utøves, som pålegger kvalifikasjonskrav for å drive slik virksomhet eller som pålegger utøverne nærmere definerte plikter i form av taushetsplikt, dokumentasjonsplikt, meldeplikt eller lignende.

Utgangspunktet er at alle kan «ta syke i kur». Imidlertid finnes det adskillig regelverk som direkte eller indirekte har betydning for utøvelse av alternativ behandling. Mest relevant er lov 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur (ofte omtalt som kvaksalverloven) som setter grenser for hva slags behandling den som ikke er helsepersonell kan utføre. Loven har også regler om markedsføring. I tillegg vil en rekke enkeltbestemmelser i helselovgivningen og annet lovverk være relevante. Ikke minst vil helsepersonellovens krav til forsvarlig yrkesutøvelse sette grenser for hva slags behandling helsepersonell kan tilby.

I dette kapitlet skal det gis en oversikt over relevant regelverk. I senere kapitler vil det mer spesielt bli redegjort for lovgivning som er relevant for de problemstillinger som der drøftes, jf. særlig kapittel 12, men til dels også kapitlene 13–15.

7.2 Lov om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur

Som nevnt under pkt. 7.1 finnes det ingen særskilt lovregulering av alternativ behandling, og utgangspunktet er at enhver kan «ta syke i kur». Lov 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur (kvaksalverloven) inneholder imidlertid en rekke bestemmelser av betydning for hvilken virksomhet alternative behandlere kan utføre, samt bestemmelser om markedsføring av virksomheten. Loven har alternative behandlere og andre som ikke er helsepersonell, som pliktsubjekter, og er først og fremst en spesiell straffelov. Ved vedtagelsen av helsepersonelloven, jf. pkt. 7.3, ble det samtidig vedtatt en

rekke endringer i kvaksalverloven. Endringene trådte i kraft 1. januar 2001 og var både av materiell, språklig og redaksjonell art. Den vesentligste endringen var at loven nå setter begrensninger ovenfor den som ikke er helsepersonell, mens den tidligere satte begrensninger overfor den som ikke var lege eller tannlege.

Av kvaksalverloven § 1 fremgår at loven gjelder for personer som ikke faller inn under definisjonen av helsepersonell etter helsepersonelloven § 3.

Utgangspunktet er som nevnt at alle kan «ta syke i kur», men loven fastsetter en rekke innskrenkninger i adgangen til å behandle visse lidelser og å anvende visse metoder.

Når det gjelder begrepet «tar syke i kur» er det i forarbeidene vist til at det vil kunne være vanskelig å avgjøre hva uttrykket dekker, og at det neppe vil la seg gjøre å beskrive de ulike handlinger nærmere i lov. I det enkelte tilfelle vil det derfor bli opp til domstolene å avgjøre om vedkommende har tatt syke i kur. Imidlertid uttales det (Ot.prp. nr. 39 (1936) side 6):

«Uttrykket antas ikke bare å omfatte all slags direkte sykebehandling såsom sårbehandling, medisinforskrivning, sykemassasje o. lign, men også det å gi råd for sykdommer eller å søke å helbrede folk ved psykisk påvirkning m. v. Leilighetsvis hjelp med almindelige husråd m. v. kan dog som regel ikke kalles «å ta syke i kur»; heller ikke vanlig sykepleie. Men grensene vil ofte være vanskelige å trekke, og det vil avhenge av omstendighetene hver gang om virksomheten faller inn under loven.»

I NOU 1998:21 har Aarbakke-utvalget lagt til grunn at begrepet vil omfatte både undersøkelse og diagnostisering, og behandling av både fysiske og psykiske lidelser. Når det gjelder skjønnhetspleie eller «behandling» som har kosmetisk formål, er det uttalt at dette vil falle utenfor idet det her ikke vil være snakk om behandling av syke. Når det gjelder behandling som har et religiøst preg over seg, for eksempel behandling i form av forbønn, vil dette etter en konkret vurdering kunne falle innenfor, selv om det normalt ville falle utenfor begrepet «ta syke i kur». Momenter her kan være om det ytes vederlag, om virksomheten markedsføres og om det gis løfte om helbredelse, jf. NOUens pkt. 10.4.7.

Utvalget har samme sted redegjort for en rekke Høyesterettsdommer hvor begrepet «å ta syke i kur» har blitt diskutert.

I NOU 1998:21 er det videre uttalt:

«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.»

Det påpekes imidlertid at rettstilstanden er uklar, og det vises til at Statens helsetilsyn i noen grad synes å ha lagt til grunn at forebyggelse av sykdom omfattes, jf. NOUens pkt. 10.4.7.

Lovens § 2 fastsetter regler for markedsføring og reklame. Av første ledd fremgår her at den som «tar syke i kur» uten å være helsepersonell, kun kan reklamere for sin virksomhet i form av faktiske opplysninger som navn, adresse og kontortider, samt en «alminnelig meddelelse om virksomhetens art». Videre følger det av andre ledd at «(A)vertising eller reklame som er overdreven eller misvisende, eller som angår noen virksomhet som strider mot denne lov, er forbudt.»

Forarbeidenes omtale av begrepet «alminnelig meddelelse om virksomhetens art» og begrepet «overdreven eller misvisende», er knappe, og gir således få retningslinjer når det gjelder det nærmere innhold i disse begrepene. Statens helsetilsyn og fylkeslegene fører tilsyn med landets helsetjeneste og helsepersonell, og vil i den forbindelse til en viss grad også behandle henvendelser som gjelder alternativ behandling og mulige brudd på kvaksalverloven. Flere av disse sakene knytter seg til markedsføring av ulike former for alternativ behandling. Ved alvorlige tilfeller vil tilsynsmyndighetene vurdere politianmeldelse.

Lovens §§ 3 og 4 inneholder bestemmelser som forbyr den som tar syke i kur uten å være helsepersonell, i å ta i bruk nærmere bestemte undersøkelses- eller behandlingsformer, og å behandle nærmere bestemte sykdommer.

Av § 3 første ledd følger det således at vedkommende ikke må

«(...) anvende legemidler 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.»

Forskriftshjemmelen er ikke benyttet.

Bestemmelsens første forbudsalternativ vil i all hovedsak gjelde reseptbelagte legemidler, jf. nær-

mere om dette under pkt. 7.14.2 hvor legemiddelloven omtales.

Rekkevidden av forbudet mot å foreta «operative inngrep», har vært omdiskutert, og da særlig spørsmålet om nåleakupunktur skal være å regne for operativt inngrep i lovens forstand. Det vises til pkt. 12.11.1.

Av annen lovgivning som setter forbud mot operative inngrep, viser departementet særlig til lov 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse. Etter denne loven vil all omskjæring av kvinner være forbudt, også for helsepersonell.

Når det gjelder kvaksalverlovens forbud mot å «gi innsprøytninger» og å «sette fullstendig eller lokal bedøvelse», er disse ikke nærmere omtalt i lovens forarbeider. Det vil bero på en konkret vurdering hvor langt disse rekker. I Rt. 1966 s. 557 ble en person domfelt etter § 3 for å ha gitt innsprøytninger med en blanding av vann og sprit. Når det gjelder forbudet mot å sette bedøvelse, må det antas at dette også vil kunne ramme bruk av akupunktur som bedøvelse.

Av § 3 andre ledd følger et forbud mot såkalt fjernbehandling. Behandleren må «(...) ikke på bakgrunn av skriftlige opplysninger eller lignende behandle personer som han ikke selv har undersøkt.» Av Innst. O. XVII (1936) side 3 fremgår at det skal være forbudt «(...) å behandle pasienter der ikke ved personlig nærvær er undersøkt.» I NOU 1998:21 har utvalget lagt til grunn at bestemmelsen antagelig må tolkes slik at behandleren før første gangs behandling selv må undersøke den syke, men at det ikke vil være noe forbud mot videre rådgivning per telefon eller brev ved oppfølging av den syke i anledning samme sykdom, jf. innstillingens pkt. 10.4.9.

Av § 4 følger en rekke begrensinger i forhold til sykdommer som er forbeholdt helsepersonell å behandle. Bestemmelsens første ledd innebærer at det for den som ikke er helsepersonell, er forbudt å behandle allmennfarlige smittsomme sykdommer etter lov om vern mot smittsomme sykdommer, jf. nærmere om denne lov under pkt. 7.8.

Med hjemmel i smittevernloven § 1–3 andre ledd er det i forskrift fastsatt hvilke smittsomme sykdommer som skal regnes som allmennfarlige smittsomme sykdommer, jf. forskrift av 1. januar 1995 nr. 100. Av forskriften fremgår at dette bl.a. gjelder en rekke kjønnsykdommer, HIV-infeksjon, poliomyelitt, kikhoste, meningokokksykdom og tuberkulose.

Av § 4 andre ledd følger videre at den som ikke er helsepersonell ikke kan behandle sykdommene «(...) kreft, sukkersyke, farlige anemier og struma med sykelige former.»

INOU 1998:21 (pkt. 10.4.8.2) er det vist til at det kan reises spørsmål om forbudet etter § 4 skal sies å omfatte enhver behandling av pasienter med disse sykdommene, eller om behandlingen vil være lovlig dersom pasienten er under behandling hos helsepersonell og den aktuelle behandling kommer i tillegg til slik behandling, enten direkte mot sykdommen eller mot andre lidelser eller som smertelindring. Se nærmere omtale av denne problemstillingen i pkt. 12.14.1 i denne odelstingsproposisjonen.

Overtredelse av lovens §§ 1 – 4 eller medvirkning til dette, straffes etter § 6 med bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Straffen kan forhøyes til inntil seks måneder i gjentakelsestilfeller og under særdeles skjerpene omstendigheter. Overtredelse er å anse som foreseelse. Av § 6 tredje ledd følger at det ikke vil fritta for straff at vedkommende «(...) i de tilfeller som er nevnt i § 4, på grunn av manglende kyndighet ikke har forstått sykdommens art.»

På samme måte straffes etter § 7 «(...) 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.» Dersom behandlingen medfører døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, kan vedkommende straffes med fengsel i inntil to år. Medvirkning straffes på samme måte, og heller ikke etter § 7 vil det være straffefritakende dersom vedkommende «(...) på grunn av manglende kyndighet ikke har forstått faren eller sykdommens art.»

Etter § 7 vil behandling som setter liv og helbred i alvorlig fare være straffbart selv om det ikke har oppstått noen skade ved behandlingen. Avgjørende vil være om handlingen i det konkrete tilfellet er av en slik art at den medfører en konkret fare for en bestemt persons liv eller helbred. For å rammes bør faren være noenlunde nærliggende, sml. straffeloven § 43. Den fare pasienten utsettes for kan bestå i at behandleren ikke behersker behandlingsmetoden godt nok eller i at selve behandlingsmåten i seg selv er farlig, for eksempel bruk av stoffer eller naturpreparater som er helseskadelige.

Som nevnt vil det hverken etter § 6 eller § 7 være straffriktig dersom behandleren på grunn av manglende kyndighet ikke forsto faren eller sykdommens art. I lovens forarbeider (Ot.prp. nr. 39 (1936) side 7) er det om dette prinsipp uttalt:

«Departementet slutter sig til det Medisinaldirektøren har anført og skal bemerke at forbudet i § 4 mot å behandle forskjellige sykdommer antagelig vil bli temmelig illusorisk hvis

vedkommende kan undskylde sig med at han ikke forstod sykdommens art. Folk som driver så farlig virksomhet som å ta syke i kur, må vise den ytterste aktsomhet når det gjelder alvorlige sykdommer, og det må kunne forlanges at de har såpass kyndighet i det de driver med, at de er i stand til å avgjøre om der kan være mistanke om slik sykdom som nevnt. I tvilstilfelle kan de sørge for at patienten skaffer en lægeattest før de overtar behandlingen, og vil da selvsagt være fri».

I lovens § 8 er det inntatt ytterligere en straffebestemmelse som setter straff for den som plikter å tilby helsehjelp til en som har krav på dette, men i stedet «(...) har bevirket den syke tatt under kur av person som ikke er helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3, (...) hvis kuren har medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, jf. straffeloven § 9.»

Straff etter kvaksalverloven kommer ikke til anvendelse dersom den alminnelige lovgivning medfører høyere straff, jf. § 9.

7.3 Lov om helsepersonell mv.

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) trådte i kraft 1. januar 2001, og avløste en rekke særlover for ulike helseprofesjoner. Lovens kapittel 1 redegjør for formål, virkeområde og definisjoner.

I § 1 heter det at

«(L)ovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste.»

Lovens virkeområde fremgår av § 2 hvor det i første ledd heter at loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket.

Begrepet «helsepersonell» er definert i § 3 første ledd. For det første omfatter det personell med autorisasjon etter lovens § 48 og personell med lisens etter lovens § 49. (I den videre omtale brukes begrepet «autorisert helsepersonell», men det skal forstås som helsepersonell med autorisasjon eller lisens.) For det andre regnes som helsepersonell det «personell i helsetjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd.» Det siktes her til «helsehjelp» slik dette er definert i § 3 tredje ledd, hvor det heter:

«Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell.»

Det følger av dette at alternative behandlere som i dag arbeider innenfor helsetjenesten og der yter helsehjelp, vil være å anse for helsepersonell i forhold til helsepersonelloven selv om de ikke er autorisert som helsepersonell. Som helsepersonell vil de dermed være underlagt de plikter som følger av loven. Dette innebærer også at deres virksomhet vil være underlagt tilsyn fra Statens helsetilsyn og fylkeslegen som etter tilsynsloven skal føre tilsyn med alt helsepersonell, se pkt. 7.18. Helsepersonellovens strengeste administrative reaksjon, tilbakekall av autorisasjon, forutsetter autorisasjon. Tilsynsmyndighetene mangler strenge administrative virkemidler overfor helsepersonell uten autorisasjon ved alvorlige pliktbrudd.

I lovens kapittel 2 oppstilles en rekke krav til helsepersonells yrkesutøvelse. Etter § 4 første ledd pålegges alt helsepersonell å

«(...) 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.»

Av bestemmelsens andre ledd følger videre at

«(H)elsepersonell 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.»

I forarbeidene til bestemmelsen (Ot.prp. nr. 13 (1998–99) Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven) side 216) er det uttalt at forsvarlighetsbegrepet er en rettslig standard. Videre uttales:

«Det er inntatt en differensiering utfra helsepersonellets kvalifikasjoner og situasjonen for øvrig. Med kvalifikasjoner siktes det til formelle og reelle kvalifikasjoner, d v s helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning og erfaring. I forhold til de enkelte helsepersonellgrupper vil de ulike yrkesorganisasjoners normer kunne være veiledende for de respektive yrkesgrupper. Videre må forventningene knyttes til hvilke krav som kan stilles til autoriserte gruppers utdanning og tittel. Autorisasjonen skal bidra til forutsigbarhet for pasienter med hensyn til innholdet i yrkesutøvelsen.

Hva som kan forventes utfra kvalifikasjoner, vil her som ellers i aktsomhetsnormen variere utfra hvordan situasjonen fortonte seg. Det innebærer en modifikasjon utfra de forutsetninger og handlingsalternativer helsepersonellet har i situasjonen. Hvordan helsepersonellet burde ha opptrådt i den konkrete situasjonen på bakgrunn av egne kvalifikasjoner står sentralt,

ikke hvordan helsepersonellet burde opptrådt i en ideell situasjon.»

Videre uttales det:

«Plikten til forsvarlighet knytter seg altså til kvalifikasjoner, herunder å holde seg faglig oppdatert, krav om å kjenne og å innrette yrkesutøvelsen etter faglige begrensninger, krav til utstyr, legemidler, personell m v og krav om å innhente nødvendig tilgjengelig informasjon om pasienten, samt samtykke til helsehjelpen.»

Alternative behandlere som i dag arbeider innenfor helsetjenesten og der yter helsehjelp, er som nevnt helsepersonell og dermed også underlagt lovens forsvarlighetskrav. Hvorvidt deres virksomhet etter dette skal være å anse for forsvarlig, vil måtte vurderes etter en konkret helhetsvurdering. Sentralt her vil blant annet være i hvilken grad det kan dokumenteres at behandlingen har effekt, om den innebærer risiko for pasienten og om den kommer til fortrengsel for annen dokumentert virksom behandling. I slike tilfeller vil også spørsmålet om informasjon og samtykke være sentralt, jf. nedenfor om § 10.

Når det gjelder helsepersonell som tar i bruk alternative behandlingsformer, er det i Ot.prp. nr. 13 (1998–99) på side 40 uttalt:

«Departementet vil bemerke at forsvarlighetskravet også vil gjelde helsepersonells utøvelse av alternative behandlingsformer, som for eksempel akupunktur. Det forutsettes bl a at helsepersonellet har tilstrekkelig kompetanse til bruk av disse metoder. Videre kan det være et spørsmål om visse metoder kan benyttes fordi de i seg selv ikke kan ansees forsvarlige, uavhengig av den enkeltes kompetanse. Hvis autorisert helsepersonell ved bruk av sin tittel har rekruttert pasienter og tilbyr en ikke-dokumentert behandling innenfor sin alminnelige praksis, kan dette være en sammenblanding som ansees uforenlig med de formål som begrunner autorisasjonen. Det kan allikevel ikke gjelde alle ikke-dokumenterte metoder, men må vurderes konkret.»

Helsepersonells bruk av medhjelpere er regulert i § 5 hvor det fremgår at helsepersonell kan overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelperen vil i så fall være underlagt helsepersonellens kontroll og tilsyn.

I lovens § 6 er det inntatt en egen bestemmelse om helsepersonells ressursbruk. Det heter her at

«(H)elsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.»

Av forarbeidene (Ot.prp. nr. 13 (1998–99) side 219) fremgår det at

«Plikten til hensiktsmessig ressursbruk gjelder ved organisering av virksomheten, herunder prioritering av pasienter, i tillegg til ved utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av den enkelte pasient. Det er ikke bare penger det skal spares, men også tid. Det følger implisitt av kravet til nødvendighet i bestemmelsen at plikt til hensiktsmessig ressursbruk ikke må gå utover kravet til forsvarlighet.»

Bestemmelsen antas blant annet å kunne være relevant i situasjoner hvor autorisert helsepersonell i tillegg til, eller i stedet for, ordinær «skolemedisinsk» behandling, velger å gi pasienten alternativ behandling. Etter en konkret vurdering kan dette innebære et brudd på plikten til hensiktsmessig ressursbruk som følger av § 6. Sentralt ved en slik vurdering vil også være hva slags informasjon som blir gitt til pasienten, jf. nedenfor om § 10.

Av helsepersonelloven § 10 følger at den som yter helsehjelp skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven §§ 3–2 til 3–4, jf. nærmere om dette under pkt. 7.4 om pasientrettighetsloven. Plikten til å gi informasjon må sees i nær sammenheng med hovedregelen om at pasienter skal samtykke til helsehjelp. Særlig vil informasjonskravet være sentralt i de tilfeller hvor helsepersonell tilbyr alternativ behandling. I forarbeidenes pkt. 4.2.6.3 (Ot.prp. nr. 13 (1998–99) side 39) er det presisert at forsvarlighetskravet vil bli skjerpet ved forsøksvirksomhet og bruk av utradisjonelle metoder. Det uttales blant annet:

«Hvilke risiki som kan tas innenfor forsvarlighetskravet, vil bero på pasientens tilstand og på alternative behandlingsmuligheter. Pasienten skal så vidt mulig høres og gis adekvat informasjon om formålet med og fremgangsmåten ved forsøket, samt om alternativer og risiki. Det er også en forutsetning at man blir gjort oppmerksom på at metoden primært benyttes som ledd i forsøksvirksomhet. Kravet til at pasientens informerte og velforståtte samtykke må innhentes, skjerpes dersom behandlingen bærer preg av forsøk eller eksperimentering. Videre må det stilles strenge krav til vurderingen av om det var forsvarlig å igangsette forsøket, og om den benyttede fremgangsmåte var faglig forsvarlig. Det vil imidlertid være situasjoner hvor ren eksperimentell behandling vil kunne ansees forsvarlig, f.eks. der slik behandling utgjør siste forsøk på å redde liv.

Forsvarlighetsvurderingen samt vilkårene for gyldig samtykke er noe annerledes ved ren forsøksvirksomhet enn i de tilfeller formålet

med å benytte den utradisjonelle metode først og fremst er å oppnå en helbredende eller lindrende effekt hos vedkommende pasient. Men også i sistnevnte tilfelle må det stilles strenge krav.»

Selv om forarbeidsuttalelsene først og fremst sikter til forsøksvirksomhet og bruk av utradisjonelle metoder innenfor den såkalte skolemedisinen, må det legges til grunn at samme krav til forsvarlighet, informasjon og samtykke vil gjelde dersom helsepersonell i tillegg til, eller i stedet for, akseptert og dokumentert «skolemedisinsk» behandling, tilbyr alternativ behandling.

I lovens § 13 er det inntatt en særskilt bestemmelse om markedsføring. Ved markedsføring av egen helsehjelp skal helsepersonell påse at markedsføring er forsvarlig, nøktern og saklig. Bestemmelsen supplerer markedsføringslovens system, idet det antas å være behov for ytterligere regulering av markedsføring av helsepersonells yrkesutøvelse og helsehjelp generelt. Bestemmelsen gjelder annonsering og markedsføring av enhver art og i ethvert medium. Markedsføringen skal være nøktern og ikke inneholde opplysninger som kan vilde pasienten eller befolkningen. Av forarbeidene (Ot.prp. nr. 13 (1998–99) side 223) fremgår at det ved vurderingen av hva som er villedende, blant annet skal

«(...) legges vekt på om markedsføringen kan bidra til å utnytte befolkningens mangelfulle kunnskap, eksempelvis om det er et misforhold mellom tilbudet slik det fremgår av markedsføringen, påregnelig resultat og eventuelle uheldige skader eller bivirkninger. (...) Helsepersonell skal heller ikke på en utilbørlig måte undergrave eller svekke tilliten til andre helsetjenester.»

Bestemmelsen vil være relevant for autorisert helsepersonell som markedsfører alternativ behandling, enten som selvstendig behandlingstilbud eller som et supplement til skolemedisinsk behandling.

I lovens kapittel 3 er det inntatt regler om krav til organisering av virksomheten og i kapittel 4 særskilte regler i tilknytning til autorisasjon.

I lovens kapittel 5 er det inntatt regler om taushetsplikt og opplysningsrett. Hovedregelen følger av § 21 hvor helsepersonell pålegges en plikt til å

«(...) hindre at andre får adgang til eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.»

I kapittelets øvrige bestemmelser er det gjort en rekke unntak fra eller begrensninger i taushetsplik-

ten. I den grad alternative behandlere vil være å regne for helsepersonell etter lovens § 3 første ledd nr. 2, vil de også være underlagt helsepersonellovens regler om taushetsplikt.

Helsepersonelloven har i kapittel 6 regler om opplysningsplikt mv., og i kapittel 7 pålegges helsepersonell eller nærmere bestemte grupper helsepersonell, ulike meldeplikter.

I lovens kapittel 8 er det inntatt bestemmelser om dokumentasjonsplikt. I medhold av lovens §§ 39 og 40 pålegges helsepersonell en plikt til føre journal for den enkelte pasient. Hva som skal nedtegnes i journalen fremgår av § 40, samt forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal. Dokumentasjonsplikten gjelder også for alternative behandlere, så fremt de er å regne for helsepersonell etter lovens § 3 første ledd.

Lovens kapittel 9, 10, 11 og 12 inneholder bestemmelser som gjelder vilkår for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, vilkår for tildeling og bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, regler om administrative reaksjoner ved brudd på lovens bestemmelser, samt regler om særskilte instanser som er opprettet i medhold av loven, og som er tillagt oppgaver i forbindelse med lovens reaksjonssystem.

Kapittel 13 inneholder blant annet bestemmelsen i § 74 om tittelbeskyttelse. I bestemmelsens første ledd heter det at

«(B)are den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell.»

Av bestemmelsens andre ledd fremgår at

«(I)ngen må uriktig benytte titler eller annonserie virksomhet på en slik måte at det kan gis inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.»

Se nærmere om tittelbruk i punkt 12.15.1.

7.4 Lov om pasientrettigheter

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) trådte i kraft 1. januar 2001. Ved loven er pasientens rettigheter i forhold til helsetjenesten blitt samlet i en felles lov. Loven innebærer i stor grad videreføring av regler som tidligere var spredt på flere lover og kodifisering av tidligere ulovfestet rett. Ved loven er det imidlertid også innført en rekke nye regler.

Lovens kapittel 1 redegjør for formål, virkeområde og definisjoner. Av formålsangivelsen i § 1–1

kan utledes at pasientens medbestemmelsesrett og integritet skal tillegges vekt ved anvendelsen og fortolkningen av loven. I lovens § 1–3 bokstav a) defineres begrepet «pasient» til å være «en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle». Begrepet «helsehjelp» er definert som «handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell», jf. bokstav c).

Av § 1–3 bokstav d) følger at det med «helsetjenesten» siktes til primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten.

Når det gjelder «helsepersonell» følger det av bokstav e) at det menes personer som nevnt i helsepersonelloven § 3.

Pasientrettighetsloven gjelder pasient som mottar alternativ behandling i helsetjenesten uavhengig av om den som utøver behandlingen har autorisasjon som helsepersonell eller ikke. Som eksempel kan nevnes situasjoner der en sykehusavdeling tilbyr pasienten smertelindring ved hjelp av akupunktur, og behandlingen utøves av en akupunktør som ikke også er autorisert helsepersonell etter helsepersonelloven kapittel 9.

Derimot gjelder pasientrettighetsloven ikke for pasienter som benytter alternative behandlere utenfor helsetjenesten. Dette er helt klart når behandleren heller ikke har autorisasjon som helsepersonell. Når det gjelder pasienter som mottar alternativ behandling fra autorisert helsepersonell som driver virksomhet utenfor den offentlige helsetjenesten, må det antas at det går en grense ut fra virksomhetens art. Dersom det ytes alternativ behandling integrert i ordinær «skolemedisinsk» behandling må det antas at pasientrettighetsloven gjelder, men det stiller seg antagelig annerledes dersom vedkommende utelukkende eller i hovedsak utøver alternativ behandling. Vurderingen av når man er innenfor eller utenfor pasientrettighetslovens virkeområde, må antagelig ta utgangspunkt i en tolkning av begrepet «helsetjenesten». Se nærmere om denne problemstillingen i pkt. 12.8.5.

Lovens kapittel 2 inneholder en rekke bestemmelser som konkretiserer den enkelte pasients rett til helsehjelp. Blant annet fremgår det av § 2–1 at pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp, og rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kapittel 2 er ikke av betydning i forhold til rent privat virksomhet.

I lovens kapittel 3 er det inntatt regler om pasientens rett til medvirkning og informasjon, samt om informasjon til pasientens pårørende mv.

Pasienten har i henhold til § 3–1 en klar lovfestet rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp. Pasienten har herunder rett til å medvirke «(...) ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder», og medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Av § 3–2 første ledd fremgår at pasienten skal ha «(...) den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen» og informasjon om mulige risikoer og bivirkninger. Bestemmelsen må sees i sammenheng med § 3–5 hvoretter informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger. Helsepersonellet skal så langt det er mulig forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen og betydningen av den.

I kapittel 4 er det fastsatt egne samtykkeregler for helsehjelp. Hovedregelen fremgår av § 4–1 første ledd hvor det i første punktum heter at

«(H)elsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.»

Av andre punktum fremgår at dersom samtykke skal være gyldig, forutsettes det at pasienten har fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, jf. ovenfor om §§ 3–2 og 3–5.

I § 4–2 er det fastsatt hvilke formkrav som gjelder for samtykke til helsehjelp. Det fremgår her at samtykket kan være uttrykkelig eller stilltiende. Det er ikke krav om at samtykke skal være skriftlig.

Samtykke til helsehjelp skal som hovedregel innhentes fra pasienten selv, men kapittel 4 har også regler om hvem som kan samtykke på vegne av pasienter som selv mangler samtykkekompetanse.

Som nevnt vil pasientrettighetsloven komme til anvendelse i forhold til alternativ behandling når slik behandling utøves innenfor helsetjenesten, og i en viss utstrekning også når autorisert helsepersonell utøver slik behandling utenfor den ordinære helsetjenesten. Særlig bestemmelsene om informasjon og samtykke vil være sentrale, og det må antas at både informasjonskravet og kravet til å forsikre seg om at man har fått tilstrekkelig samtykke, vil bli skjerpet der hvor personellet tilbyr alternativ behandling. I mange tilfeller vil det således være nødvendig å gi ekstra informasjon vedrørende effektdokumentasjon, konsekvenser ved valg av behandlingsmetoder som avviker fra anerkjent skolemedisinsk behandling, og konsekvenser ved å velge bort skolemedisinsk behandling til fordel for alternativ behandling. I tilfellene hvor dokumentert ef-

fektiv behandling velges bort til fordel for alternativ behandling med manglende eller sparsomt dokumentert behandlingseffekt, må det antas at informasjonskravet skjerpes.

Pasientrettighetsloven kapittel 5 omhandler rett til journalinnsyn mv.

Kapittel 6 fastsetter særlige rettigheter for barn. Kapittel 7 gjelder anmodning om oppfyllelse av rettigheter, klageadgang mv., mens kapittel 8 har bestemmelser om pasientombud.

7.5 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Spesialisthelsetjenesteloven (lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.) trådte i kraft 1. januar 2001. Fra samme tidspunkt ble lov 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus mv. opphevet.

Lovens formål fremgår av § 1–1. I § 1–1 nr. 1 heter det at formålet er

«å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming».

Videre fremgår av nr. 2 at man ved loven ønsker «å bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet».

I nr. 5 er det uttalt at lovens formål også er å

«bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov».

Spesialisthelsetjenesteloven er i hovedsak en lov som regulerer organisering og planlegging av, og ansvarsforhold og administrative forhold i spesialisthelsetjenesten. Med spesialisthelsetjeneste siktes det først og fremst til sykehustjenester, jf. lovens § 2–1a som fastsetter de regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenesten innenfor sin helseregion.

Av lovens § 2–2 (tidligere § 2–3) fremgår at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Ved fastleggingen av hva denne forsvarlighetsplikten innebærer, må det også sees hen til den individuelle plikt til forsvarlig yrkesutøvelse som alt helsepersonell er pålagt etter helsepersonelloven § 4, og pasientrettighetsloven som i sin formålsangivelse og i en rekke enkeltbestemmelser fastlegger hva den enkelte pasient kan kreve av helsetjenesten. Lovens § 2–2 må sies å innebære en plikt for helseinstitusjoner omfattet av loven, til å legge forholdene til rette slik at helsepersonellet kan utøve sin virksomhet forsvarlig og slik at pasienter kan få oppfylt sine rettigheter og sitt krav på forsvarlig helsehjelp, jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. side 36–38 og 122.

I lovens kapittel 3 er det inntatt regler om nærmere bestemte plikter og oppgaver som de ulike helseinstitusjoner omfattet av loven er pålagt. Lovens kapittel 4 og 5 gjelder blant annet godkjenning av helseinstitusjoner og helsetjenester samt finansiering.

Med unntak av de plikter som følger av lovens kapittel 2 og 3 står spesialisthelsetjenesten forholdsvis fritt når det gjelder organisering av virksomheten, og hvilket tilbud de ønsker å tilby utover det som følger av lovens krav. Innenfor spesialisthelsetjenesten tilbys det i en viss utstrekning alternativ behandling til pasienter som ønsker det, for eksempel akupunktur med tanke på smertelindring. En forutsetning for å tilby alternativ behandling må imidlertid være at tilbudet er forsvarlig, og at forholdene ellers legges til rette for at helsepersonell kan overholde den individuelle forsvarlighetsplikt de er pålagt etter helsepersonelloven § 4.

7.6 Lov om helsetjenesten i kommunene

Av kommunehelsetjenesteloven (lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene) § 1–1 fremgår at kommunene skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som oppholder seg i kommunen. Av formålsangivelsen i § 1–2 fremgår at kommunen ved sin helsetjeneste blant annet skal

«fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte.»

I § 1–3 er det nærmere definert hvilke oppgaver kommunens helsetjeneste skal omfatte, og hva slags deltjenester de i den sammenheng skal sørge for.

Enhver som bor eller midlertidig oppholder seg i en kommune har etter § 2–1 første ledd «rett til nødvendig helsehjelp».

Kommunens helsetjeneste skal bestå av en rekke lovpålagte oppgaver etter kapittel 1 og 2. Det følger av lovens § 6–3 at kommunen skal drive sin virksomhet forsvarlig og i samsvar med lover og forskrifter. Selv om det i første rekke vil være det enkelte helsepersonell som i medhold av helsepersonelloven § 4 er forpliktet til å drive forsvarlig yrkesutøvelse, vil også kommunen ha en forpliktelse til å legge forholdene til rette slik at helsepersonellet kan drive sin yrkesutøvelse forsvarlig, jf. § 1–3a.

Kommunene har ingen lovpålagt plikt til å tilby tjenester innen alternativ behandling. I likhet med hva som gjelder for spesialisthelsetjenesten, kan kommunen tilby slik behandling. Dette må imidler-

tid ikke gå på bekostning av lovpålagte helsetjenesteoppgaver, og også her må det være en forutsetning for å tilby slik alternativ behandling at det tilbud som gis er forsvarlig, og at forholdene ellers legges til rette for at helsepersonell kan overholde den individuelle forsvarlighetsplikt de er pålagt etter helsepersonelloven § 4.

7.7 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Formålet med lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, er fastsatt i § 1–1. Det fremgår her at lovens formål er å

«(...) sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper.»

Videre er formålet

«(...) å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet».

Psykisk helsevern defineres i lovens § 1–2 som «spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever.»

Det fremgår at slikt helsevern også kan skje uten pasientens samtykke, såkalt tvungent psykisk helsevern, dersom nærmere fastsatte vilkår foreligger, jf. lovens kapittel 3.

Av § 1–5 fremgår at pasientrettighetsloven gjelder så langt den passer også for etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Pasientrettighetslovens kapittel 4 om rett til å samtykke til helsehjelp gjelder imidlertid bare når det er bestemt i psykisk helsevernloven. Pasientrettighetsloven forutsetter frivillighet fra pasientens side, mens psykisk helsevernloven som nevnt gjelder både frivillig og tvungent psykisk helsevern. Pasientrettighetsloven kan således ikke gjelde fullt ut.

Regler om tvungent psykisk helsevern er inntatt i lovens kapittel 3. Vilårene for tvungent psykisk helsevern er fastsatt i § 3–3. Det fremgår her at tvungent psykisk helsevern bare kan anvendes overfor en person med «alvorlig sinnslidelse», og bare dersom bestemmelsens øvrige vilkår er oppfylt.

I kapittel 4 er det gitt bestemmelser om gjennomføring av psykisk helsevern. Av § 4–4 første ledd fremgår at når det gjelder pasienter som er under tvungent helsevern etter § 3–1, kan slike pasienter uten eget samtykke

«(...) undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.»

Av § 4-4 andre ledd fremgår imidlertid at uten pasientens samtykke kan det ikke

«(...) gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep. Pasienten kan likevel behandles med legemidler uten eget samtykke».

Det vil etter denne bestemmelsen være snakk om psykiatrisk eller psykologisk undersøkelse og behandling.

Behandling av psykiske lidelser følger i hovedsak bestemmelsene nedfelt i pasientrettighetsloven og helsepersonelloven, samt kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Psykisk helsevernloven angir bare de helt særskilte tiltak som er spesielle for det psykiske helsevernet, og er således en spesiallov til spesialisthelsetjenesteloven. Når det gjelder adgang til å behandle mennesker med psykiske lidelser vil dette altså først og fremst følge av bestemmelsene i den alminnelige helselovgivningen, og ikke psykisk helsevernloven.

7.8 Lov om vern mot smittsomme sykdommer

Smittevernlovens (lov 5. august 1994 nr. 55) formål er fastsatt i § 1-1, hvor det i første ledd fremgår at loven har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land. Av bestemmelsens andre og tredje ledd fremgår at formålet også er å sikre at helsemyndighetene iverksetter og samordner smitteverntiltak, samtidig som loven skal ivareta den enkeltes rettssikkerhet dersom smitteverntiltak er nødvendig.

Som nevnt ovenfor under pkt. 7.2, følger det av kvaksalverloven § 4 første ledd at det for den som ikke er helsepersonell, er forbudt å behandle allmennfarlige smittsomme sykdommer etter smittevernloven. Smittsomme sykdommer er definert i § 1-3 første ledd nr. 1. Hva som er *allmennfarlige* smittsomme sykdommer fremgår av smittevernloven § 1-3 første ledd nr. 3. Med hjemmel i bestemmelsens andre ledd er det i forskrift fastsatt hvilke smittsomme sykdommer som skal regnes som allmennfarlige, jf. forskrift av 1. januar 1995 nr. 100. Av forskriften fremgår at dette bl.a. gjelder en rekke kjønns sykdommer, HIV-infeksjon, poliomyelitt,

kikhoste, meningokokksykdom og tuberkulose. Disse sykdommene vil således være omfattet av kvaksalverlovens forbud.

Kapittel 3 inneholder regler om smitteverntiltak i form av visse former for undersøkelse og vaksinasjoner. I lovens kapittel 4 er det gitt bestemmelser om andre smitteverntiltak.

I kapittel 5 er det inntatt bestemmelser om plikter for smittede personer, samt regler om tvangstiltak. Lovens kapittel 6 omhandler den enkeltes rett til smittevernhjelp, og hvem som i såfall vil være forpliktet til å gi slik smittevernhjelp.

I lovens kapittel 7 er det inntatt bestemmelser om ulike organers ansvar og myndighet etter loven, og i kapittel 8 er det blant annet inntatt bestemmelser om straff og erstatningsansvar.

Som det vil fremgå pålegger loven offentlige organer og nærmere bestemte grupper helsepersonell spesifikke plikter mv. Dette gjelder i hovedsak leger, men også andre grupper helsepersonell, så som tannleger, sykepleiere og jordmødre er tillagt plikter og myndighet etter loven. Andre grupper helsepersonell og behandlere som ikke er helsepersonell, vil således som hovedregel ikke ha plikter eller myndighet etter smittevernloven, og kan ikke med hjemmel i loven gjennomføre eller kreve gjennomført nærmere bestemte former for undersøkelse eller behandling. Likeledes vil den smittedes plikt til å la seg undersøke av lege mv. ikke oppfylles ved undersøkelse og behandling hos alternativ behandler.

7.9 Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m.

Transplantasjonsloven (lov 9. februar 1973 nr. 6) regulerer bestemte former for medisinsk virksomhet og på hvilke vilkår slik virksomhet kan finne sted. Dette gjelder blant annet i forhold til transplantasjon, obduksjon, bruk av fostervev og avgivelse av lik. Enkelte slike former for virksomhet skal være godkjent av departementet og/eller kan bare finne sted ved helseinstitusjoner som særskilt er godkjent for slik virksomhet.

7.10 Lov om medisinsk bruk av bioteknologi

Bioteknologiloven (lov 5. august 1994 nr. 56) inneholder spesialbestemmelser for nærmere bestemte former for medisinsk virksomhet, og fastsetter en

rekke regler for hva slags medisinsk virksomhet som er tillatt på det området loven regulerer, og om hvem som skal ha adgang til å utføre slik virksomhet.

I lovens ulike kapitler er det således gitt nærmere bestemmelser om kunstig befruktning (kap. 2), forskning på befruktede egg (kap. 3), framstilling av arvemessig like individer (kap. 3a), preimplantasjonsdiagnostikk (kap. 4), fosterdiagnostikk (kap. 5), genetiske undersøkelser etter fødselen (kap. 6), oppsøkende genetisk virksomhet (kap. 6a) og genterapi (kap. 7).

Av de ulike kapitler fremgår at nærmere bestemte undersøkelses- og behandlingsformer bare kan anvendes dersom de er godkjent av departementet. Videre fremgår det av lovens § 8–1 at institusjoner som ønsker å ta i bruk slike undersøkelses- og behandlingsformer, også skal være godkjent av departementet.

7.11 Lov om svangerskapsavbrudd

Etter lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd (abortloven) kan kvinner på nærmere vilkår få utført svangerskapsavbrudd.

Av lovens § 3 første ledd fremgår at abortinngrep etter utgangen av tolvte svangerskapsuke bare kan utføres i sykehus. Før utgangen av tolvte uke kan abortinngrep også utføres i annen institusjon som er godkjent av fylkeslegen. Av bestemmelsens andre ledd fremgår at svangerskapsavbrudd bare kan utføres av lege.

Av § 13 første ledd fremgår at

«(D)en som forsettlig avbryter svangerskap eller medvirker til dette i strid med denne lov eller forskrifter gitt i medhold av loven, straffes med bøter eller fengsel inntil 3 måneder for så vidt forholdet ikke rammes av strengere straffebud.»

Det kan her særlig vises til straffeloven § 245 som inneholder langt høyere strafferammer.

7.12 Lov om behandling av personopplysninger

Personopplysningsloven (lov 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger) trådte i kraft 1. januar 2001, og erstattet den tidligere lov om personregistre fra 1978.

For den ordinære helsetjenesten vil helselovgivningen regulere i hvilken grad det er adgang til å behandle helseopplysninger/personopplysninger, jf. spesielt helseregisterloven og helsepersonello-

vens regler om taushetsplikt, opplysningsplikt/-rett og dokumentasjonsplikt. I tillegg vil spesialregler kunne følge av særskilt lovgivning, for eksempel bioteknologilovens regler om behandling av genetiske opplysninger. De nevnte regelsettene vil komme til anvendelse også der hvor alternativ behandling arbeider innenfor helsetjenesten og i den forbindelse yter helsehjelp, og delvis også der hvor autorisert helsepersonell utenfor helsetjenesten yter alternativ behandling. Se nærmere om forholdet til helsepersonelloven i pkt. 12.8.4, og om forholdet til helseregisterloven i pkt. 7.13.

Personopplysningsloven vil imidlertid være sentral for alternative behandlere som ikke er autorisert helsepersonell og som ikke arbeider innenfor helsetjenesten. I den grad disse i sin virksomhet behandler personopplysninger, vil personopplysningslovens bestemmelser komme til anvendelse. Utøvere av alternativ behandling vil i stor utstrekning håndtere det loven definerer som «sensitive personopplysninger», og lovens strengere bestemmelser for denne type opplysninger vil da gjelde.

Av personopplysningslovens formålsbestemmelse i § 1 første ledd, fremgår at loven skal «(...) beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger.» Dette utdypes i andre ledd hvor det fremgår at loven skal bidra til at personopplysninger behandles i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, noe som eksemplifiseres ved begreper som «personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på personopplysninger.»

I lovens § 2 nr. 1 er personopplysninger definert som «opplysninger og vurderinger som kan knyttes til en enkeltperson». En undergruppe av personopplysninger er som nevnt sensitive personopplysninger, jf. § 2 nr. 8. For denne gruppen gjelder det strengere regler for behandlingen av opplysningene. Opplysninger om «helseforhold» er å anse for sensitive personopplysninger i lovens forstand. I forarbeidene til bestemmelsen er det uttalt at

«(U)ttrykket «helseforhold» omfatter opplysninger om en persons tidligere, nåværende og fremtidige fysiske eller psykiske tilstand, inkludert opplysninger om medisinske og narkotikamisbruk. Uttrykket omfatter dessuten genetiske opplysninger. Også opplysninger om sosiale forhold kan falle inn under «helseforhold» dersom de sosiale forholdene påvirker helsen. Om tilknytningen til helseforhold er sterk nok må vurderes konkret.», jf. Ot.prp. nr. 92 (1998–99) side 104.

Personopplysningsloven gjelder all behandling av personopplysninger. Med behandling siktes her til de operasjoner eller serier av operasjoner som

kan utføres på en personopplysning, jf. § 2 nr. 2 som snakker om «enhver bruk av personopplysninger, som f.eks. innsamling, registrering, sammenstilling, lagring og utlevering eller en kombinasjon av slike bruksmåter».

Loven gjelder for det første for «behandling av personopplysninger som helt eller delvis skjer ved hjelp av elektroniske hjelpemidler», og for det andre gjelder loven for «behandling av personopplysninger når disse inngår eller skal inngå i et personregister», jf. § 3 første ledd bokstav a) og b). Sett i sammenheng med § 2 nr. 2 fremgår at det ikke bare er den direkte føringen av registeret som omfattes av loven. Også for eksempel innsamlingen av personopplysninger som skjer med tanke på sammenstilling i et personregister, omfattes.

Av lovens §§ 8 og 9 fremgår hvilke rettslige grunnlag som må foreligge for behandling av personopplysninger. Dersom det gjelder personopplysninger som ikke er sensitive, følger det av § 8 at det enten må foreligge et samtykke fra den registrerte, eller det må være fastsatt i lov at det skal være adgang til slik behandling, eller behandlingen må være nødvendig for å oppfylle et av de alternativer som regnes opp i bokstav a) – f).

For behandling av *sensitive* personopplysninger må fortsatt ett av vilkårene i § 8 være oppfylt, og i tillegg må et av vilkårene oppregnet i § 9 første ledd bokstav a) – h) være oppfylt. Samtykkealternativet vil i mange sammenhenger være aktuelt, og det er derfor i loven inntatt strenge krav til hva som kan regnes for gyldig samtykke, jf. § 2 nr. 7.

Dersom vilkårene etter § 8 eller § 9 er oppfylt, følger ytterligere grunnkrav for behandling av personopplysninger av § 11.

Loven har også regler om blant annet informasjonssikkerhet (§ 13), internkontroll (§ 14), innsyn og informasjon (kapittel III), retting (§ 27) og forbud mot å lagre unødvendige personopplysninger (§ 28).

I henhold til § 31 skal den behandlingsansvarlige gi *melding* til Datatilsynet senest 30 dager før vedkommende starter behandling av personopplysninger med elektroniske hjelpemidler eller oppretter et manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. I § 32 er det fastsatt hva slik melding skal inneholde. Av § 33 første ledd fremgår at det kreves *konsesjon* i noen tilfeller, og dette gjelder som hovedregel ved behandling av sensitive personopplysninger. Med hjemmel i § 33 andre ledd kan Datatilsynet bestemme at også behandling av annet enn sensitive personopplysninger kan betinge konsesjon.

I henhold til § 33 femte ledd kan det gis forskrift om at visse behandlingsmåter ikke trenger konse-

sjon etter § 33 første ledd. I forskrift 15. desember 2000 nr. 1265 til personopplysningsloven (personopplysningsforskriften) § 7–23 er det gjort unntak fra konsesjonsplikten for

«(...) behandling av pasientopplysninger hos helse- og sosialpersonell som ikke er underlagt offentlig autorisasjon.»

Unntaket gjelder bare dersom personopplysningene behandles i forbindelse med behandling og oppfølging av den enkelte pasient, eller utarbeidelse av statistikk. Departementet har fått opplyst fra Datatilsynet at bestemmelsen praktiseres slik at den omfatter utøvere av alternativ behandling, for eksempel akupunktører og homøopater. Begrepet helsepersonell brukes således her ikke i helsepersonellovens forstand. De som unntas fra konsesjonsplikten, har meldeplikt etter personopplysningsloven § 31 første ledd.

Som nevnt innledningsvis vil alternative behandlere i sin virksomhet gjennomgående behandle personopplysninger som er å regne for sensitive i personopplysningslovens forstand. I tillegg til å sende melding til Datatilsynet, må dermed den enkelte behandler ha pasientens samtykke for å behandle personopplysningene (typisk nedtegne opplysninger i pasientjournal) med mindre det foreligger annet særskilt grunnlag, og han må ved behandlingen av opplysningene overholde de vilkår som følger av eller i medhold av loven. Pasienten er ved loven gitt en rekke rettigheter, og den alternative behandler vil måtte sørge for at pasienten kan ivareta sine rettigheter etter loven.

7.13 Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger

Formålet med lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) fremgår av § 1. I bestemmelsens første punktum heter det at

«(F)ormålet med denne lov er å bidra til å gi helsetjenesten og helseforvaltningen informasjon og kunnskap uten å krenke personvernet, slik at helsehjelp kan gis på en forsvarlig og effektiv måte.»

Videre heter det i tredje punktum at

«(L)oven skal sikre at helseopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på helseopplysninger.»

Helseregisterlovens saklige virkeområde er fastsatt i § 3 første ledd nr. 1 og 2, og det fremgår her at loven gjelder behandling av helseopplysninger i «helseforvaltningen og helsetjenesten». Loven gjelder både offentlig og privat virksomhet, jf. § 3 andre ledd. I henhold til § 3 tredje ledd kan Kongen i Statsråd ved forskrift bestemme at loven helt eller delvis skal gjelde for behandling av helseopplysninger utenfor helseforvaltningen og helsetjenesten for å fremme formål som beskrevet i § 1.

Dersom alternativ behandling gis innenfor helsetjenesten, vil helseregisterloven og helselovgivningens dokumentasjonsregler komme til anvendelse. For alternativ behandling som gis utenfor helsetjenesten og som ikke gis av autorisert helsepersonell, vil det være personopplysningsloven som regulerer i hvilken grad og på hvilke vilkår det er adgang til å behandle helse-/personopplysninger, jf. ovenfor under pkt. 7.12. Når det gjelder alternativ behandling som utøves av person med autorisasjon som helsepersonell, men utenfor den ordinære helsetjenesten, må det antagelig bero på virksomhetens art og tolkning av helseregisterloven om denne kommer til anvendelse, eller om det vil være personopplysningsloven som gjelder. Tolkningen må ta utgangspunkt i begrepet «helsetjenesten» som er brukt i helseregisterloven § 3 om lovens virkeområde, og vurderingen vil i noen grad være en parallell til vurderingen av i hvilken utstrekning denne type virksomhet omfattes av pasientrettighetsloven, jf. pkt. 7.4 og 12.8.5.

7.14 Legemiddellovgivningen

7.14.1 Innledning

I så vel «skolemedisin» som noen former for alternativ behandling brukes stoffer innvortes eller utvortes. Slike stoffer reguleres dels av lov 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler m.v. (legemiddelloven) og dels av næringsmiddellovgivningen. De to regelsettene er svært ulike både når det gjelder krav til produktet og regler for omsetning. Det er derfor av stor betydning å skille mellom stoffer som anses som legemidler og derfor følger legemiddellovgivningen, og andre stoffer.

I pkt. 7.14.2 gjøres rede for hva som er legemidler og for en del av de regler som gjelder for slike midler. Norsk lovgivning på området er tilpasset et omfattende EØS-regelverk knyttet til legemidler.

I pkt. 7.14.3 omtales en særordning for godkjenning av naturlegemidler etter forenklede prosedyrer i forhold til ordinære legemidler. Ordningen følger av retningslinjer gitt av Statens legemiddelverk.

I pkt. 7.14.4 omtales den rettslige situasjonen for naturpreparater, kosttilskudd og lignende som ikke anses som legemidler. Noe følger av legemiddellovens bestemmelser om reklame for varer som ikke er legemidler (se pkt. 7.14.4.2), for øvrig gjelder næringsmiddellovgivningen (se pkt. 7.14.4.1). Særlig viktig er lov 19. mai 1933 nr. 3 om tilsyn med næringsmidler mv. (næringsmiddelloven) med et omfattende forskriftsverk.

I pkt. 7.14.5 omtales Ot.prp. nr. 55 (2001–2002) hvor det er foreslått endringer i legemiddelloven og naturlegemiddelordningen.

7.14.2 Legemidler

7.14.2.1 Hva forstås med legemidler

Legemiddellovens 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, sykdomssymptomer eller smerter, påvirke fysiologiske funksjoner hos mennesker eller dyr, eller til ved innvortes eller utvortes bruk å påvise sykdom.»

Begrepet legemiddel er et samlebegrep for de produkter som bør underlegges en vitenskapelig kontroll av kvalitet, sikkerhet og effekt før de tillates omsatt og markedsført med påstander om medisinske virkninger.

Det følger av definisjonen at et produkt kan anses som legemiddel enten fordi det utgis for å ha medisinsk effekt, eller fordi det etter sitt innhold faktisk har medisinsk effekt. Ot.prp. nr. 55 (2001–2002) om lov om endringer i legemiddelloven og i lov 12. januar 1995 nr. 6 om medisinsk utstyr inneholder en grundig redegjørelse for tolkningen av legemiddellovens § 2, herunder betydningen av bruken av helsepåstander og forholdet mellom legemiddelloven § 2 og § 20. Se også pkt. 7.14.4.2 nedenfor.

Nærmere regler om hva som skal regnes som legemidler er gitt i forskrift 22. desember 1999 nr. 1559 om legemidler (legemiddelforskriften) og i forskrift 27. desember 1999 nr. 1565 om legemiddelklassifisering. Med hjemmel i disse forskriftene er det laget en legemiddelliste og en urteliste som gir oversikt over hvilke virkestoffer Statens legemiddelverk har vurdert som legemidler. Listene er ikke uttømmende, idet legemiddeldefinisjonen i legemiddelloven § 2 også må anvendes i forhold til de stoffene som Statens legemiddelverk ikke faktisk har hatt anledning til å vurdere. Listene er således å anse som eksempellister.

En rekke urter er klassifisert ut fra giftighet og

virkingen av innholdsstoffene. Urtelisten deler disse i tre kategorier: Reseptpliktige legemidler (LR), reseptfrie legemidler (L) og handelsvarer (H). 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 pkt. 7.14.4.2. Dersom slike påstander skal nyttes, må produktet godkjennes av Statens legemiddelverk som naturlegemiddel, se pkt. 7.14.3. Urter som ikke er klassifisert må anses som legemidler.

Homøopatiske og antroposofiske preparater er klassifisert som legemidler.

7.14.2.2 Godkjenning og omsetning av legemidler

Produkter som er å anse som legemidler skal som hovedregel underlegges en forhåndskontroll og godkjenningsprosedyre før de kan omsettes i landet.

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. Legemiddeloven og forskrifter til denne har omfattende bestemmelser om tilvirkning og import av legemidler, godkjenning av farmasøytiske spesialpreparater, grossistvirksomhet, salg, merking av emballasje, prisfastsettelse, reklame, rekvirering og utlevering fra apotek mv.

Legemidler som er farmasøytiske spesialpreparater må ha markedsføringstillatelse før det bringes i handelen eller omsettes. Definisjonen av farmasøytisk spesialpreparat er «legemiddel som bringes i handelen i produsentens originale pakning og med eget preparatnavn». De aller fleste legemidler i salg er således å anse som farmasøytiske spesialpreparater. Markedsføringstillatelse gis på grunnlag av søknad til Statens legemiddelverk. I søknaden må legemidlets tekniske kvalitet, sikkerhet og effekt dokumenteres vitenskapelig.

I legemiddelforskriften § 3–2 er det gjort unntak fra kravet om markedsføringstillatelse for homøopatisk eller antroposofisk legemiddel som har markedsføringstillatelse i annet EØS-land. I Norge har man ingen egen godkjenningsordning for slike preparater, slik at det eventuelt må søkes om markedsføringstillatelse på samme vilkår som ordinære legemidler. I praksis er det markedsføringstillatelse fra annet EØS-land som er aktuelt. Noen EØS-land har en forenklet registreringsordning for homøopatiske legemidler som markedsføres uten terapeutisk indikasjon og i en dosering som ikke utgjør noen risiko for pasienten. Det vises til EU-direktiv 2001/83/EF og tidligere tilsvarende regule-

ring. EU-direktiv 2001/83/EF gjelder foreløpig ikke for EØS-området, men innebærer ikke materielle endringer i forhold til tidligere regelverk som også gjelder EØS-landene. Reguleringen innebærer at medlemslandene kan unnlate å innføre en forenklet registreringsordning for homøopatiske legemidler, men i såfall må de tillate anvendelse av midler registrert i andre medlemsland.

Salg av legemidler skal som hovedregel bare skje fra apotek og godkjent legemiddelgrossist. Naturlegemidler kan selges fra virksomheter som har tillatelse til salg av næringsmidler.

Homøopatiske og antroposofiske preparater, urter og urteblandinger og andre lignende preparater som utleveres uten resept skal i henhold til forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 12–9 være merket med teksten: «Den medisinske virkning av dette preparat er ikke vurdert.» Statens legemiddelverk kan gjøre unntak fra denne bestemmelsen eller påby annen merking for visse slike preparater.

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 er gitt 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 mv. (Narkotikalistene).

Statens legemiddelverk bestemmer om et legemiddel skal være reseptpliktig. Noen legemidler er etter legemiddelforskriften alltid reseptpliktige eller unntatt reseptplikt. Etter § 8–6 er homøopatiske og antroposofiske legemidler unntatt reseptplikt hvis legemidlet ikke inneholder mer enn 1 milliondel reseptpliktige stoffer eller droger. Dette gjelder ikke legemidler med innhold av narkotika mv. eller legemidler beregnet til injeksjon eller til bruk i øynene.

Generell rett til å rekvirere reseptpliktige legemidler har leger, tannleger og veterinærer for legemidler som brukes innen de respektive arbeidsområder.

I legemiddelforskriften kapittel 13 er det fastsatt detaljerte regler som begrenser adgangen til og formen for reklame for legemidler som har fått markedsføringstillatelse. 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 fak-

tum at det er fra naturen. Statens legemiddelverk 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 pkt. 7.14.4.2.

7.14.3 Naturlegemidler

Det ble i 1994 innført en ordning med godkjenning av visse stoffer som «naturlegemiddel». Statens legemiddelverk 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 regnes legemidler som er beregnet brukt til egenbehandling. At de er egnet til egenbehandling, betyr at det ikke skal være nødvendig å oppsøke lege før legemidlet benyttes. I dette ligger det at sykdomstegnene skal være så velkjente at pasienten ikke trenger å oppsøke lege for å få stilt diagnosen. Eksempler på bruksområder er hoste, hodepine, halsbrann, magebesvær, muskelsmerter når disse plagene er forbigående, og lett oppkvikkende, avslappende eller appetittstyrkende midler.

For at et legemiddel skal regnes som naturlegemiddel kreves det videre at legemidlet er ment å tas gjennom munnen, påføres hud eller til lokal bruk på slimhinner (produkter beregnet brukt i øyne eller ører eller som injeksjon omfattes ikke). Som virksomt stoff i naturlegemidler inngår oftest bestanddeler fra planteriket, sjeldnere fra dyreriket, i visse tilfeller også mikroorganismer, salter og mineraler i sin opprinnelige form eller i bearbeidet form. Det er videre et krav for naturlegemidler at de ikke er for oppkonsentrerte. Dette innebærer at hele drogen skal være med og i stort sett samme grad som i utgangsmaterialet.

Det stilles samme dokumentasjonskrav med hensyn til teknisk kvalitet for ordinære legemidler og naturlegemidler. Dette er naturlig sett ut fra det hensyn at brukeren i begge tilfeller bør være sikret å få et produkt med det innhold som fremgår av deklarasjonen. Med hensyn til dokumentasjon av naturlegemidlets effekt er det tilstrekkelig å dokumentere at produktet er tradisjonelt brukt på det omsøkte bruksområdet i Europa eller Nord-Amerika.

Sikkerheten dokumenteres på samme måte ved henvisning til litteratur og lærebøker. Tanken er at lang tids tradisjonell bruk ville avdekket eventuelle skadelige virkninger. Begrepet tradisjonell bruk er

ikke nærmere definert i regelverket, men som en hovedregel anses 50 år å være tilstrekkelig for å avdekke en sikkerhetsrisiko for udokumenterte naturmidler. Hvis det dreier seg om et naturmiddel som brukes av svært mange, som for eksempel ginseng, vil en risiko kunne avdekkes på kortere tid. Et produkt med stor utbredelse vil derfor kunne godkjennes med kortere tradisjonell bruk enn 50 år.

Det gis ikke godkjenning som naturlegemiddel for preparater som er tilsatt vitaminer, mineraler, kjemisk virksomme stoffer, bioteknologisk fremstilte bestanddeler, reseptpliktige eller giftige substanser. Innholdet av naturlig forekommende vitaminer og mineraler må ikke overstige maksimalgrense angitt i forskrift 25. september 1986 nr. 1918 for produksjon og frambud mv. av vitamin- og mineraltilskudd, se pkt. 7.14.4.1.

I henhold til forskrift 9. april 1996 nr. 367 om omsetning mv. 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 legemiddelverk 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 andre legemidler, jf. pkt. 7.14.2.2. 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. Høsten 2002 var om lag 30 midler tildelt markedsføringstillatelse som naturlegemiddel.

I Ot.prp. nr. 55 (2001–2002) er det foreslått enkelte endringer i legemiddelovens regler for og klassifisering av legemidler og markedsføring av varer som ikke er legemidler, jf. nærmere om dette under pkt. 7.14.5.

7.14.4 Kosttilskudd og andre preparater som ikke er legemidler

7.14.4.1 Næringsmiddellovgivningen

Den alminnelige næringsmiddellovgivningen gjelder for de urter og andre stoffer (for eksempel vitaminer og mineraler) som ikke regnes som legemidler (se pkt. 7.14.2.1), men som er bestemt til å konsumeres av mennesker.

Det er gitt bestemmelser om produksjon, lag-

ring, transport, frembud, import, godkjenning av virksomheter, internkontroll, tilsyn mv. 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 mv. 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. Forskriften inneholder også bestemmelser om merking, herunder innholdsdeklarasjon, angivelse av anbefalt døgndose og holdbarhet, og bestemmelser om pakning, markedsføring, meldeplikt og kontroll.

Norge har som følge av EØS-avtalen frist til 31. juli 2003 for å gjennomføre bestemmelsene i direktiv 2002/46/EF om kosttilskudd. Direktivet omhandler vitamin- og mineraltilskudd og øvrige kosttilskudd som frembys som næringsmidler. Gjennomføringen vil kunne medføre en endring i norsk praksis når det gjelder klassifiseringen av kosttilskudd som næringsmidler eller som legemidler.

7.14.4.2 Markedsføring av varer som ikke er legemidler

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. Formålet med bestemmelsen er å hindre at det i reklame for varer som ikke er legemidler, blir benyttet udokumenterte påstander om medisinsk effekt.

Bestemmelsen må sees i sammenheng med legemiddeloven § 2 hvoretter stoffer, droger og preparater som er bestemt til eller utgis for å brukes til å forebygge, lege eller lindre sykdom mv., er å anse som legemidler, jf. pkt. 7.14.2.1. Ved bruk av medisinske påstander må det først undersøkes om pro-

duktet faller innenfor definisjonen av legemiddel i legemiddeloven § 2. I såfall må produktet behandles som et legemiddel. Vurderingstemaet i § 2 er tilnærmet identisk med § 20, og det er derfor § 2 som er den sentrale bestemmelsen, ikke bare for klassifisering, men også for markedsføringens grenser. § 2 har således en dobbelt funksjon. Legemiddeloven § 20 får utelukkende anvendelse i de tilfeller hvor man kommer til at produktet, til tross for at det utgis for å ha medisinsk effekt, ikke blir å anse som et legemiddel. Det kan være av betydning hvordan den medisinske påstanden er fremkommet. Merking av produkter (på etikett, pakning eller pakningsvedlegg) med påstander om medisinsk effekt fører normalt til klassifisering som legemiddel etter loven § 2. Tilsvarende vil være naturlig der den nasjonale rettighetshaveren til produktet reklamerer for produktet med medisinske påstander i pressen eller lignende. Det avgjørende er hvordan hensikten med produktet fremstår for en normalt opplyst forbruker. Enkeltstående markedsføring i en lokal avis av den lokale forhandleren er det mer nærliggende å påtale etter legemiddeloven § 20, i stedet for en klassifisering som legemiddel med virkning for hele det norske markedet.

Statens legemiddelverk forvalter legemiddeloven § 20. Statens legemiddelkontroll (nå Statens legemiddelverk) utga i februar 1998 retningslinjer for hva som i utgangspunktet anses som medisinske påstander.

I retningslinjene 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 mv. 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. Det er ved rundskriv 10–2001 av 16. november 2001 fra Statens legemiddelverk gitt generell dispensasjon for bruk av en rekke opplistede påstander slik at disse kan benyttes uten hinder av legemiddeloven inntil Stortinget har vurdert endringer i legemiddeloven § 2 og § 20, jf. pkt. 7.14.5.

7.14.5 Forslagene i Ot.prp. nr. 55 (2001–2002) Om lov om endringer i legemiddeloven og i lov 12. januar 1995 nr. 6 om medisinsk utstyr

I Ot.prp. nr. 55 (2001–2002) er det foreslått enkelte endringer i legemiddelovens regler for og klassifi-

sering av legemidler og markedsføring av varer som ikke er legemidler. Lovforslaget er til behandling i Stortinget.

Proposisjonen inneholder en omfattende gjennomgang av forholdet mellom legemidler og legemiddelnære produkter og de regler som gjelder for klassifisering og markedsføring av slike stoffer mv. Bakgrunnen er at Stortingets sosialkomité i sine kommentarer til et kapittel om reklame med medisinske påstander i Ot.prp. nr. 29 (1998–99) Om lov om apotek, jf. Innst. O. nr. 52 (1999–2000), ba om «en fullstendig gjennomgang av feltet».

Proposisjonen inneholder en gjennomgang av gjeldende regelverk i Norge og andre land med hensyn til markedsføring med helsepåstander mv. Departementet konkluderer med at det ikke er grunnlag for noen endringer i legemiddeldefinisjonen. Dette innebærer at det etter departementets forslag i utgangspunktet vil være de samme påstander som i dag, som skal anses som medisinske og dermed være forbeholdt godkjente legemidler.

På denne bakgrunn er det foretatt en gjennomgang av klassifikasjonspraksis for legemidler, og departementet åpner for en praksisendring som gir en noe videre adgang til å bruke medisinske påstander enn i dag.

Legemiddeloven § 20 om forbud mot markedsføring med medisinske påstander av produkter som ikke er legemidler, er foreslått endret slik at virkeområdet begrenses. Dagens virkeområde «vare som ikke er legemiddel» er foreslått endret til «stoff, droge eller preparat som ikke er legemiddel» for å hindre motstrid med reglene om medisinsk utstyr.

Departementet har uttalt at naturlegemiddelordningen bør videreføres, men at det er behov for endringer som gjør ordningen mer attraktiv for naturmiddelbransjen. Det er uttalt at dette kan skje ved at flere lidelser blir regnet som egnet for egenbehandling, og ved at markedsfører gis mulighet til å markedsføre produktet med mer uttrykkelige påstander om effekt mot sykdom. Det bør åpnes for at Statens legemiddelverk kan vurdere eventuell klinisk dokumentasjon som understøtter tradisjonell bruk. Departementet har uttalt at ordningen bør forskriftsfestes.

Departementet har videre uttalt at urtelisten (jf. forskrift 27. desember 1999 nr. 1565 om legemiddelklassifiseringer (legemiddellisten, unntakslisten og urtelisten)) bør revideres.

I proposisjonen er foretatt en gjennomgang av de kontrollordningene som i dag eksisterer for markedsføring av helseprodukter, og det vurderes i hvilken grad et samarbeid med bransjeorganer kan gjøre disse mer effektive. Departementet har uttalt

at det er ønskelig å få til en samarbeidsavtale med bransjeorganisasjonene for helsekostmarkedet, slik at disse kan gis en rolle etter mønster av den rolle som Rådet for legemiddelinformasjon har ved vurdering av legemiddelreklame. Dette vil kunne føre til opprettelse av et privat selvjustisorgan som på privatrettslig grunnlag kan gripe inn overfor medlemmenes uheldige markedsføring.

Videre har man vurdert behovet for å gi legemiddelmyndighetene utvidet adgang til å fatte vedtak om salgsforbud selv etter at ulovlig markedsføring er fjernet, og til å pålegge helseprodukter en bestemt merking. Konklusjonen er at dagens regulering på områdene bør videreføres.

Legemiddelovens virkeområde og forholdet til annen lovgivning er også vurdert. Legemiddeloven § 2 er utformet slik at Statens legemiddelverk klassifiserer produkter med legemiddelsubstanser som legemiddel, selv om produktet har typisk næringsmiddelform og ikke er tenkt frembudt som noe annet enn næringsmiddel. Det finnes imidlertid produkter med slike substanser som ikke utgjør noen fare for forbrukere, blant annet grunnet dosering og produktform. Det bør da være anledning til å omklassifisere produktet til næringsmiddel for å hindre åpenbart urimelige resultater. Departementet har foreslått en lovendring som innebærer at et produkt kan omklassifiseres dersom det etter en konkret vurdering oppfyller kravene i næringsmiddeloven. Det vil da være produsentens oppgave å dokumentere overfor Statens legemiddelverk og Statens næringsmiddeltilsyn at produktet er tilstrekkelig sikkert til at det kan omsettes som næringsmiddel.

7.15 Lov om merverdiavgift

Lov 19. juni 1969 nr. 66 om merverdiavgift regulerer på hvilke vilkår det skal betales en avgift til statskassen på omsetning av varer og tjenester, under forutsetning av at Stortinget vedtar at det skal ytes slik avgift, jf. § 1. Hva som etter loven er å regne for «vare» og «tjeneste», følger av § 2 første og andre ledd, mens «omsetning» er definert i § 3.

Etter lovens § 5b første ledd nr. 1, jf. andre ledd, er helsetjenester unntatt fra den generelle merverdiavgiftsplikten på omsetning av tjenester. Det er ikke gitt noen uttømmende definisjon av begrepet helsetjenester i loven. I forarbeidene er det imidlertid gitt en nærmere beskrivelse av rekkevidden av unntaket. Viktige momenter som fremheves, er hvorvidt tjenesten utføres av autorisert personell og om tilbudet også gis av det offentlige helsevesen.

Det er forutsatt en relativt streng praktisering av unntaksbestemmelsen.

Etter § 5b fjerde ledd er Finansdepartementet gitt hjemmel til å gi nærmere forskrift om avgrensning og utfylling av bestemmelsen. Finansdepartementet har med hjemmel i loven gitt forskrift om avgrensning av merverdiavgiftsunntaket for omsetning av helsetjenester (forskrift 15. juni 2001 nr. 682). Foruten tjenester som er nærmere definert i helselovgivningen, unntar forskriften også akupunktur og homøopati fra merverdiavgiftsplikten. Andre tjenester benevnt som alternativ medisin er avgiftspliktige. Det fastsettes i forskriften hva unntaket for helsetjenester skal omfatte og § 2 i forskriften lyder:

«Unntaket for helsetjenester omfatter:

1. Tjenester som omfattes av lov av 19. november 1982 om helsetjenesten i kommunene, lov av 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjeneste og lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten.
2. Tjenester som omfattes av lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd kapittel 5 og 10.
3. Tjenester som ytes av yrkesgrupper med autorisasjon eller lisens etter lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. § 48 og § 49.
4. Akupunktur og homøopati.
5. Andre alternative behandlingsformer når de utøves av helsepersonell med autorisasjon eller lisens, jf. nr. 3.
6. Bedriftshelsetjenesten.»

Etter dette kan altså alt helsepersonell som har autorisasjon eller lisens, yte både ordinære helse-tjenester og alternativ behandling uten å legge merverdiavgift på tjenesten. Det avgjørende er om vedkommende har en autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 eller en lisens etter § 49. Hvilken utdanning og kompetanse vedkommende har innenfor alternativ behandling har ingen betydning.

Som nevnt er også behandlingsformene akupunktur og homøopati unntatt fra merverdiavgiftskravet, uavhengig av om tjenesten gis av behandlere som har autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven.

Utøvere av andre alternative behandlingsformer har fra 1. juli 2001 måttet legge merverdiavgift på den tjenesten de yter. Dette er uavhengig av den enkeltes utdanning med hensyn til varighet og innhold.

Både Finansdepartementet og Helsedepartementet (tidligere Sosial- og helsedepartementet) har mottatt mange muntlige og skriftlige henvendelser fra enkeltutøvere og organisasjoner/foreninger innenfor området alternativ behandling, angående den avgrensning som er gjort i forskriften.

I en rekke av henvendelsene påpekes det at plikten til å legge merverdiavgift på alternative behandlingsformer, oppleves som urimelig. Det vises særlig til at autorisert/lisensiert helsepersonell etter forskriften er fritatt fra merverdiavgift ved utøvelse av alternative behandlingsformer, samtidig som andre behandlere ved utøvelse av nøyaktig de samme behandlingsformer må legge merverdiavgift på tjenesten. Videre hevdes det at autorisert helsepersonell ofte har dårligere kompetanse og utdanning innenfor den alternative behandlingsformen de utøver, enn de utøverne som utelukkende tilbyr alternative behandlingsformer.

For tjenesteområder innenfor alternativ behandling, mener Regjeringen det er behov for en nærmere vurdering av ytterligere unntak fra den generelle merverdiavgiftsplikten. Dette er en oppfølging av Sem-erklæringen. En ytterligere utvidelse av tolkningen av begrepet helsetjenester synes imidlertid lite heldig.

I Ot.prp. nr. 1 (2002–2003) Skatte- og avgifts-opplegget 2003 – lovendringer, foreslo derfor Finansdepartementet endringer i merverdiavgiftsloven § 5b, der dagens unntakshjemmel for helsetjenester utvides til også å omfatte det som benevnes som helserelaterte tjenester. En slik utvidelse av bestemmelsen vil gi et bedre grunnlag for ytterligere unntak for tjenester som ikke er helsetjenester i tradisjonell forstand. Bestemmelsene i § 5b første ledd nr. 1 (om hvilke tjenester loven ikke skal gjelde for omsetning av), og andre ledd første punktum er vedtatt endret til følgende ordlyd (ikke trådt i kraft):

«§ 5b første ledd nr. 1:

Helsetjenester og *helserelaterte tjenester*, herunder tjenester som nevnt i folketrygdloven §§ 5–4 til 5–12, samt ambulansetjenester utført med særskilt innrettet transportmiddel. Unntaket omfatter også tanntekniske tjenester. Unntaket omfatter også formidling av *slike tjenester*.

§ 5 b annet ledd første punktum:

Unntaket fra helsetjenester og *helserelaterte tjenester*, sosiale tjenester og undervisningstjenester omfatter også andre tjenester og varer som institusjonen mv. omsetter som et naturlig ledd i ytelsen av disse tjenestene.»

Endringene vil gi adgang for Finansdepartementet til i samarbeid med Helsedepartementet å foreta endringer i forskriften om avgrensning av merverdiavgiftsunntaket for omsetning av helsetjenester slik at også nærmere bestemte helserelaterte tjenester omfattes. Endringene klargjør for en gjennomføring av uttalelsen i Sem-erklæringen om at man særlig vil unnta flere tjenester innenfor al-

ternativ behandling fra den generelle merverdiavgiftsplikten. I Ot.prp. nr. 1 (2002–2003) uttales det at hvilke konkrete tjenester som skal omfattes av begrepet helserelaterte tjenester, må vurderes nærmere med utgangspunkt i visse kriterier. Slike kriterier kan være utdanningenes innhold og omfang. Også tjenestenes naturlige relasjon til helse vil kunne være et vurderingstema i denne sammenheng. Videre uttales på side 38–39 i Ot.prp. nr. 1 (2002–2003):

«Tjenester som også var avgiftspliktige før merverdiavgiftsreformen, eksempelvis skjønnhetspleietjenester, vil ikke bli omfattet av det foreslåtte unntaket for helserelaterte tjenester. Lovforslaget tar sikte på terapi- og behandlingsformer som kan sies å ha sammenheng med helse. Som eksempel på slike tjenester som det kan bli aktuelt å unnta, kan osteopati og naprapati nevnes.»

Som en videre oppfølging med ytterligere unntak fra merverdiavgiften for alternativ behandling, vil Finansdepartementet i samråd med Helsedepartementet så snart som mulig vurdere å unnta ytterligere former for alternativ behandling. Ved vurdering av hvilke behandlingsformer som bør unntas er det nærliggende å legge vekt på om de har stor utbredelse (sett både i internasjonal og nasjonal sammenheng), har vitenskapelig belegg eller er basert på systematisert kunnskap, allerede er regulert i andre land, eller anvendes av autorisert helsepersonell eller i helsetjenesten. Det anses ikke nødvendig at alle disse kriteriene skal være oppfylt samtidig. Når det gjelder internasjonal utbredelse er det en oppfatning at fire terapiformer står i en særstilling: akupunktur, homøopati, osteopati og urtemedisin.

De alternative behandlingsformene som etter en helhetlig vurdering av ovennevnte momenter anses som aktuelle å unnta fra merverdiavgiften (i tillegg til akupunktur og homøopati som allerede er unntatt), er følgende:

- Osteopati
- Naprapati
- Soneterapi
- Aromaterapi
- Ernæringsterapi og urtemedisin

Osteopati er en behandlingsform som har noe vitenskapelig belegg, men ikke tilstrekkelig til at den vurderes som dokumentert effektiv, jf. pkt. 6.1. Utbredelsen er stor internasjonalt, og utøverne er i ferd med å bli regulert i enkelte andre land. Osteopatutdanningen i Norge forutsetter at studentene alt har utdanning som fysioterapeut eller lege.

Naprapati er en behandlingsform som allerede er anerkjent og hvor utøverne er autorisert i Sverige og Finland.

Både osteopati og naprapati har fellestrekk med behandlingsformene fysioterapi og kiropraktikk, og som utøves av autoriserte utøvere jf. pkt. 11.4.9, 11.4.10 og 13.5.2.

Soneterapi har stor utbredelse både internasjonalt og nasjonalt. Behandlingsformen er den mest utbredte av de alternative behandlingsformene i Danmark, og tredje størst i Norge.

Aromaterapi har stor utbredelse, også i Norge. Behandlingsformen anvendes i stor grad komplementært til skolemedisin i andre land så som i England der behandlingsformen er en del av helsetilbudet ved enkelte sykehus.

Ernæringsterapi og urtemedisin er så nært knyttet til hverandre at behandlingsformene i denne sammenheng bør vurderes under ett. Urtemedisinen er en av de største behandlingsformene internasjonalt, og ernæringsterapi inngår i noen grad i ordinær medisinsk behandling. Det er her en glidende overgang mellom hvilke konkrete former for veiledning og terapi som anses som akseptert skolemedisin, og hva som er alternativ behandling, jf. pkt. 4.2.8.

Ved en utvidelse av merverdiavgiftsunntaket legger departementene til grunn at terapiformene som omfattes defineres i samsvar med de respektive omtaler under pkt. 4.2. Det innebærer blant annet at akupressur og eventuelle andre former for trykk mot punkter langs meridiansystemet omfattes av unntaket. Terapeutisk berøring, ulike former for massasje, rosentherapi etc. er ikke omfattet.

På et senere tidspunkt, når forslag til lov om alternativ behandling er behandlet i Stortinget, en registerordning eventuelt er etablert (jf. kapittel 14), og man har vurdert nærmere hvilke kriterier som må kunne stilles til alternative behandlingsformer som skal kunne fritas fra merverdiavgiften, kan det være aktuelt å utarbeide en forskrift med hjemmel i merverdiavgiftsloven § 5b, med utvidet liste over alternative behandlingsformer som skal unntas fra merverdiavgiften.

7.16 Lov om kontroll med markedsføring og avtalevilkår

I tillegg til bestemmelsene om markedsføring i kvaksalverloven § 2, jf. pkt. 7.2, vil lov 16. juni 1972 nr. 47 om kontroll med markedsføring og avtalevilkår (markedsføringsloven), være relevant for hvordan alternative behandlere kan markedsføre sin virksomhet.

Markedsføringsloven gjelder næringsvirksomhet generelt, og kan komme til anvendelse også på områder hvor det finnes særlovgivning. Det fremgår av lovens § 1 første ledd at den som driver næringsvirksomhet ikke må foreta

«(...) handling som strider mot god forretnings-skikk næringsdrivende imellom, eller er urimelig i forhold til forbrukerne eller som for øvrig strider mot god markedsføringsskikk.»

Mer spesifikke bestemmelser om markedsføring følger av lovens § 2 hvor det i første og andre ledd heter:

«Det er forbudt i næringsvirksomhet å anvende uriktig eller av annen grunn villedende framstilling som er egnet til å påvirke etterspørselen etter eller tilbudet av varer, tjenester eller andre ytelser.

Det samme gjelder enhver annen framgangsmåte som kan ha slik betydning for etterspørsel eller tilbud, såfram den gjennom sin utforming eller på grunn av omstendigheter ellers egnet til å villed forbrukere.»

Videre følger det av § 3 at det er forbudt å

«(...) anvende fremstilling som er egnet til å påvirke etterspørselen etter eller tilbudet av varer, tjenester eller andre ytelser, når framstillingen ikke gir forsvarlig eller tilstrekkelig veiledning eller trekker inn uvedkommende forhold, og derfor må anses urimelig.»

Tilsvarende vil annen framgangsmåte bli ansett for urimelig dersom den ved å utnytte forbrukerens mangelfulle erfaring eller kunnskaper, er egnet til slik påvirkning av etterspørsel eller tilbud.

Overvåking av markedsføringen ligger i dag til Forbrukerombudet/Markedsrådet, jf. markedsføringsloven kapittel III. Disse organene fører vanligvis ikke tilsyn på områder hvor det finnes andre tilsynsordninger i henhold til særlovgivning.

Statens næringsmiddeltilsyn (medikamenter som ikke er legemidler) og Statens legemiddelverk vil føre tilsyn med markedsføringen av produkter innen sine saksområder etter henholdsvis legemiddelovgivningen og næringsmiddelovgivningen, som også gjelder naturpreparater og lignende som ikke er å anse som legemidler.

Ut fra forbrukerhensyn har Forbrukerombudet og Statens legemiddelverk inngått et samarbeid om behandling av saker som gjelder markedsføring i strid med legemiddeloven § 20. Etter denne bestemmelsen er det forbudt i reklame eller lignende å gi uttrykk for at en vare som ikke er legemiddel, anbefales som middel til å forebygge, lege eller lindre sykdom mv., jf. pkt. 7.14.4.2. Avtalen går ut på

at Forbrukerombudet fremlegger eventuelle klager og spørsmål overfor Statens legemiddelverk som vurderer forholdet til legemiddeloven § 20. Forbrukerombudet overtar eventuell videre oppfølging av saken i medhold av markedsføringsloven.

Statens helsetilsyn og fylkeslegene har ingen formell rolle i håndhevelsen av markedsføringsbestemmelsen i kvaksalverloven, men har i enkeltsaker politianmeldt utøvere for brudd på markedsføringsbestemmelsen. Når det gjelder helsepersonells eventuelle markedsføring for alternativ behandling, og Helsetilsynet/fylkeslegenes tilsyn i disse sakene, vises det til redegjørelsen i pkt. 12.17.6.

Markedsføringsloven gjelder ikke priser og forretningsvilkår. Dette reguleres særlig i pristiltaksloven, jf. pkt. 7.17.

7.17 Lov om pristiltak

Av pristiltaksloven (lov 11. juni 1993 nr. 66) § 2 første ledd fremgår at

«(D)et er forbudt å ta, kreve eller avtale priser som er urimelige. Heller ikke må det kreves, avtales eller opprettholdes forretningsvilkår som virker urimelig overfor den annen part eller som åpenbart er i strid med allmenne interesser.»

Av bestemmelsens andre ledd fremgår at det med «pris» menes enhver form for vederlag.

Konkurransetilsynet fører kontroll med at § 2 overholdes, jf. § 3 første ledd. Overtredelse av loven straffes etter § 4.

7.18 Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Tilsynsloven (lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten) fastslår at Statens helsetilsyn og fylkeslegene skal føre tilsyn med landets helsetjeneste og helsepersonell, jf. lovens §§ 1 og 2. Av lovens § 3 følger at

«(E)nhver som yter helsetjeneste skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.»

I Ot.prp. nr. 105 (2001–2002) er siste del av denne bestemmelsen vedtatt endret (ikke trådt i kraft) ved å fjerne kravet om «allment aksepterte faglige

normer» slik at denne delen av bestemmelsen vil lyde:

«...planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.»

Av tilsynsloven § 5 følger det at Statens helsetilsyn kan gi pålegg om å rette på forholdene dersom «virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig».

Ved utøvelse av sin tilsynsmyndighet vil Statens helsetilsyn/fylkeslegene føre tilsyn med at helsetjenesten drives i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrifter, herunder i tråd med det generelle forsvarlighetsprinsipp som gjelder for helsetjenesten. I tillegg vil tilsynsmyndighetene føre tilsyn med det enkelte helsepersonell, både gjennom behandling av enkeltklager rettet mot helsepersonells yrkesutøvelse og gjennom mer generell utøvelse av tilsynsvirksomhet.

Tilsynsmyndighetene vil som hovedregel bare føre tilsyn med personell som er autorisert etter helsepersonelloven § 48, eller personell som ikke er autorisert men som likevel er å anse for helsepersonell etter definisjonen i helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 2 eller nr. 3. Dette innebærer at alternative behandlere som hovedregel faller utenfor tilsynsmyndighetenes ansvarsområde. Unntak fra dette vil som nevnt gjelde dersom en alternativ behandler arbeider innenfor helsetjenesten og yter helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 2. Videre vil autorisert helsepersonell som også yter alternativ behandling være underlagt tilsyn også med hensyn til den alternative behandling de tilbyr. Her vil det imidlertid være snakk om et mer indirekte tilsyn med den alternative behandling, idet denne i stor grad vil bli å vurdere opp mot de plikter som ellers gjelder for den som er autorisert helsepersonell.

Sentrale tilsynsbestemmelser i forhold til denne gruppen behandlere vil være helsepersonelloven § 4 første og andre ledd om plikt til å drive forsvarlig yrkesutøvelse og innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, § 6 om plikt til å ikke påføre pasienter (og andre) unødig tidstap eller utgift, § 10 om helsepersonellens plikt å gi tilstrekkelig informasjon (sml. pasientrettighetsloven), § 13 om at markedsføring av helsetjenester skal være forsvarlig, nøktern og saklig, samt bestemmelser i kapittel 5 om taushetsplikt og kapittel 8 om dokumentasjonsplikt.

Når det gjelder øvrige problemstillinger knyttet til tilsyn med alternativ behandling, vises det til punkt 12.17.6 hvor dette vil bli drøftet samlet.

7.19 Pasientskadeloven

Lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) er en særlov på erstatningsrettens område som styrker det erstatningsrettslige vernet for pasienter som pådrar seg skader som omfattes av lovens virkeområde. Loven inneholder både materielle og prosessuelle regler som har til hensikt å gjøre det enklere å få tilkjent erstatning enn etter alminnelige erstatningsrettslige regler.

Loven er foreløpig ikke trådt i kraft, men vil sannsynligvis tre i kraft delvis 1. januar 2003 og i sin helhet 1. januar 2004.

Loven avløser midlertidige pasientskadeerstatningsordninger. Skade som er voldt før lovens ikrafttredelse behandles etter pasientskadeloven, men slik at erstatningskravet avgjøres etter reglene for de midlertidige ordningene.

Pasientskadeloven § 1 lyder:

«Denne loven gjelder skader som er voldt

- a) i institusjon under spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten,
- b) under ambulansetransport, eller
- c) av helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens, personer som opptre på vegne av disse eller andre personer som fastsatt i forskrift.

Slike skader regnes som pasientskader dersom de er voldt under veiledning, undersøkelse, diagnostisering, behandling, ekspedisjon av legemidler fra apotek, pleie, vaksinasjon, prøvetaking, analyse av prøver, røntgen, forebygging av helseskader, medisinsk forsøksvirksomhet samt donasjon av organer, blod og vev.»

De nærmere vilkår for erstatning for en pasientskade følger av § 2, jf. også § 3. I tillegg til forhold som ville medføre ansvar for helsetjenesten eller helsepersonell etter de alminnelige erstatningsregler, omfattes blant annet teknisk svikt ved utstyr og annen svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes.

Norsk Pasientskadeerstatning er ansvarlig for skade som kan kreves erstattet etter pasientskadeloven når skaden er voldt i den offentlige helsetjenesten. Til den offentlige helsetjenesten regnes virksomheten til staten, fylkeskommunene og kommunene, men også virksomhet som drives på oppdrag av eller med driftstilskudd fra noen av disse.

Den som yter helsehjelp som nevnt i lovens § 1 første ledd utenfor den offentlige helsetjenesten, skal tegne forsikring til dekning av ansvaret etter pasientskadeloven i den utstrekning det er fastsatt i

forskrift, jf. § 8. Det vises også til helsepersonelloven § 20 hvoretter helsepersonell med autorisasjon eller lisens som driver privat virksomhet, ved forsikring skal stille sikkerhet for det økonomiske ansvar som kan oppstå overfor pasienter i forbindelse med yrkesutøvelsen.

I hvilken utstrekning pasientskadeloven vil gjelde i forhold til skader voldt i forbindelse med utøvelse av alternativ behandling vil bero på hvor og av hvem skaden er voldt, samt tolkning av loven.

Skade voldt av alternativ behandler som ikke har autorisasjon eller lisens som helsepersonell og som driver privat behandlingsvirksomhet, faller helt klart utenfor pasientskadelovens virkeområde.

Når alternativ behandling utøves i institusjon under spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten, jf. § 1 første ledd bokstav a), vil skaden omfattes av pasientskadeloven uansett om skaden er voldt av autorisert helsepersonell eller av annet personell ansatt eller engasjert i institusjonen.

Dersom skade er voldt under alternativ behandling som ble utøvet integrert i ordinær helsetjeneste utenfor institusjon, for eksempel hos lege eller fysioterapeut, vil pasientskadeloven måtte gjelde. Dette vil særlig være tilfelle der virksomheten er et ledd i den offentlige helsetjenesten, for eksempel med fastlegeavtale, men det samme må antas der virksomheten er rent privat.

Det er derimot tvilsomt om pasientskadeloven vil omfatte skade voldt under utøvelse av alternativ behandling når utøveren er en person med autorisasjon som helsepersonell, men behandlingen skjer i en rent privat virksomhet hvor det utelukkende eller i hovedsak utøves alternativ behandling. Svaret må bero på en tolkning av pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c) og en vurdering av virksomhetens art.

Dersom det i virksomheten utøves behandling som er forbeholdt helsepersonell, vil det være nærliggende å si at det dreier seg om «helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens». Hvilke typer behandling som er forbeholdt helsepersonell fremgår i dag av kvaksalverloven § 3 og § 4, jf. omtale i punkt 7.2, mens departementets forslag til ny regulering av dette er inntatt i utkastet til lov om alternativ behandling §§ 5 til 7, jf. omtale i kapittel 12.

Ved vurderingen vil det også kunne være relevant hvor mye virksomheten skiller seg fra den type virksomhet vedkommende autoriserte helsepersonellgruppe ordinært utøver, om virksomheten er markedsført med angivelse av helsepersonelltittel, og hvilken informasjon pasienten har fått med hensyn til om behandlingen er ordinær helsehjelp eller alternativ behandling mv. Det må i noen grad kun-

ne ses hen til om pasienten har en berettiget forventning om at pasientskadeloven vil gjelde.

Vurderingen vil i noen grad være en parallell til vurderingen av i hvilken utstrekning denne type virksomhet omfattes av pasientrettighetsloven, selv om den vurderingen særlig vil måtte knyttes til tolkningen av begrepet «helsetjenesten». Det vises til pkt. 7.4 og 12.8.5. Det vises også til pkt. 12.8.4 om forholdet til helsepersonelloven når autorisert helsepersonell utøver alternativ behandling. Dette forslås lovregulert, jf. lovutkastet § 2 femte ledd, mens forholdet til pasientrettighetsloven og pasientskadeloven og andre lover vil bero på tolkning av lovene.

Som det fremgår av pkt. 12.8.4 og lovforslaget § 2 femte ledd foreslår departementet at helsepersonelloven skal gjelde også når helsepersonell i det vesentligste eller utelukkende utøver alternativ behandling. Således vil forsikringsplikten etter helsepersonelloven § 20 gjelde også i slik virksomhet. Selv om pasientskadeloven neppe kommer til anvendelse med de fordeler det innebærer for skadelidte, skal behandleren i alle fall ha forsikring som dekker skade voldt i denne type virksomhet.

7.20 Straffeloven

Straffeloven (lov 22. mai 1902 nr. 10 Almindelig borgerlig Straffelov) inneholder en rekke bestemmelser som kan tenkes å ramme både helsepersonell og alternative behandlere. Dette kan både gjelde handlinger knyttet til selve den «medisinske» behandlingen av en pasient, for eksempel ved at pasientens påføres fysiske skader, andre handlinger i det konkrete forholdet mellom behandler og pasient, og handlinger som er knyttet til en virksomhet mer generelt, for eksempel der hvor det markedsføres og selges «legemidler» som er virkningsløse.

Straffeloven § 157 har bestemmelser om salg mv. 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 sykdom. I NOU 2002:4 Ny straffelov, side 402, foreslås bestemmelsen opphevet. Det uttales her at man ikke har tatt stilling til den øvrige kvaksalverlovgivning, men at slik strafferegulering i såfall best bør skje gjennom spesiallovgivning, og ikke ved egne bestemmelser i straffeloven.

Av straffeloven § 364 følger at hypnose med den hypnotisertes samtykke er forbudt, unntatt når lege eller psykolog benytter metoden i vitenskapelig øyemed eller ved sykebehandling. Likestilt med hyp-

nose er hensettelse i avmakt, bevisstløshet eller lignende tilstand. Hypnose uten den hypnotiseres samtykke er straffbart uansett hvem som utfører den, jf. straffeloven § 229.

En rekke mer generelle straffebestemmelser vil kunne komme til anvendelse overfor den virksomhet som både helsepersonell og alternative behandlere utøver. Eksempler her kan være § 222 om rettsstridig tvang, §§ 228 og 229 om legemskrenkelser og § 239 om uaktsomt drap.

Straffebestemmelser om motvirkning av tiltak eller overtredelse av regler til forebyggelse eller motarbeidelse av smittespredning er fastsatt i §§ 154a, 156 og 357.

Også en rekke andre straffebestemmelser vil kunne være aktuelle, for eksempel narkotikaforbrytelser (§ 162), sedelighetsforbrytelser (straffelovens kapittel 19), underslag og tyveri (straffeloven kapittel 24) og bedrageri (straffeloven kapittel 26).

En rekke handlinger som utføres i behandlingsøyemed, vil kunne oppfylle gjerningsbeskrivelsen i en eller flere straffebestemmelser. For eksempel vil flere former for undersøkelser kunne være å regne

for legemsfornærmelser (§ 228), og kirurgiske inngrep vil ofte kunne være å regne for legemsbeskadigelser (§ 229). Den vanligste straffriende omstendighet i disse tilfellene, vil være at pasienten (eller noen som har kompetanse til å samtykke på vegne av pasienten) har gitt sitt samtykke til handlingen. Straffriheten gjelder bare så langt samtykket gjelder, og dette vil måtte vurderes konkret og i forhold til aktuelle straffebestemmelse. For legemskrenkelsene er det imidlertid inntatt en særskilt regulering av samtykkets betydning i straffeloven § 235. Det fremgår her at ved grov legemsbeskadigelse, drap eller ved såkalt barmhjertighetsdrap, vil ikke samtykke virke straffriende. Imidlertid vil foreliggende samtykke kunne medføre straffenedsettelse. Medisinske inngrep (typisk operative inngrep) vil objektivt sett kunne innebære en grov legemsbeskadigelse. Slike handlinger vil likevel være rettmessige dersom de utføres etter samtykke og det forelå medisinsk indikasjon for inngrepet. Det må som hovedregel også kreves at vedkommende var faglig kompetent til å gjennomføre det medisinske inngrepet.

8 Rettslig regulering i andre land – internasjonalt regelverk

8.1 Innledning

De fleste vesteuropeiske land har lovgivning som i varierende grad regulerer i hvilken utstrekning det er tillatt for andre enn helsepersonell å ta «syke i kur». Særlig lovgivningen innenfor de nordiske land må sies å være ganske sammenfallende. Hvilke personellgrupper som er autorisert/godkjent som helsepersonell er også i stor grad sammenfallende, selv om det finnes enkelte forskjeller.

De ulike lands lovgivning setter som hovedregel begrensninger i forhold til nærmere bestemte alvorlige sykdommer og/eller behandlingsformer, samt at det gjelder begrensninger i forhold til markedsføringsadgangen.

8.2 Sverige

Den svenske reguleringen av alternativ behandling ligner i stor utstrekning den norske. Innholdet i «kvacksalverilagen» av 1960 er fra 1. januar 1999 inntatt i den generelle lov om helsepersonell mv. (lag 1998:531 om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område).

I lovens 3. kapittel, er det i 3. – 7. § inntatt bestemmelser om tittelbeskyttelse og rett til utøvelse av yrket. Enkelte yrkestitler er beskyttet, og det er heller ikke lov for andre å anvende titler som kan forveksles med slike. I likhet med Norge er kiropraktorer autorisert helsepersonell. I motsetning til i Norge er også naprapater autorisert helsepersonell, jf. 3. kapittel, 2. §. Naprapater, optikere og kiropraktorer har imidlertid ikke beskyttet yrkestittel, jf. 3. kapittel 5. §.

Det gjelder særlige bestemmelser for den som uten å være helsepersonell, foretar yrkesmessig undersøkelse av en annens helsetilstand eller behandler en annen for sykdom eller lignende tilstander, ved å gjennomføre eller foreskrive tiltak som har et forebyggende, behandlende eller lindrende formål.

Det er deretter fastsatt forbud for andre enn leger og annet helsepersonell (under offentlig tilsyn) mot å utføre visse typer behandling. Dette gjelder behandling av meldepliktige smittsomme sykdom-

mer, kreft og andre ondartede svulster, diabetes, epilepsi og sykelige tilstander i forbindelse med svangerskap og fødsel. Kun helsepersonell kan gi skriftlige råd eller anvisninger om behandling uten personlig undersøkelse, tilpassing av kontaktlinser, behandling ved hjelp av radiologiske metoder, og bruk av full bedøvelse eller lokal bedøvelse ved injeksjon eller hypnose. Videre er det for den som ikke er helsepersonell også forbudt å undersøke eller behandle barn under 8 år.

Overtredelse av ovennevnte bestemmelser er straffbart. Det er også straffbart dersom behandleren forsettlig eller uaktsomt påfører pasienten en ikke ubetydelig skade, eller frembringer fare for slik skade enten ved behandlingen eller ved avbrudd i eller forsinkelse av legehjelp. Det er ikke straffriende 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 behandlingsevne for en viss tid eller for alltid for en person som er dømt for overtreddelser av ovennevnte bestemmelser.

Departementet har fått opplyst at det ikke gis trygderefusjon for alternativ behandling i Sverige.

I 1989 fremla den svenske Alternativ-medicin-komiteen sin utredning (SOU 1989:60–63). 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, men det er en pågående debatt om alternativ/komplementærmedisinens rolle i Sverige.

8.3 Danmark

Også den danske reguleringen av adgangen for den som ikke er helsepersonell til å behandle syke mennesker, ligner i stor utstrekning på den norske. Bestemmelsene er inntatt i kapittel 6 i lov om utøvelse af lægegering nr. 632 af 20. juli 1995. Også etter dansk rett er hovedregelen at enhver 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.

Det er straffbart for den som ikke er autorisert som lege, å betegne seg som lege eller bruke betegnelser på annen måte som er egnet til å gi inntrykk av at han har slik autorisasjon. Videre er det inntatt en spesialbestemmelse som setter strenge rammer for i hvilken grad den som ikke er helsepersonell kan markedsføre at han tar syke i kur.

Videre er det straffbart dersom noen som ikke er lege, tar syke i kur og derved utsetter noens helse for påviselig fare. Straffen for dette skjerpes dersom det oppstår vesentlig skade eller ved gjentagelsestilfelle. Straffen skjerpes også dersom pasienten:

«(...) er sindsyg, åndssvag, under 18 år eller umyndiggjort, således at han ikke selv kan tage bestemmelse om sine personlige forhold.», jf. § 24.

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 straffende.

Videre er det bare leger (og delvis tannleger og jordmødre på sine områder) som kan utføre operative inngrep, gi hel eller delvis bedøvelse og gi fødselshjelp. I 1981 kom dansk Høyesterett til at akupunktur med nåler er å anse som et operativt inngrep. Leger er også forbeholdt retten til å anvende reseptpliktige legemidler, å bruke røntgen- eller radiumbehandling og behandling med nærmere bestemte elektriske apparater.

Den danske legeloven inneholder også en bestemmelse som forbyr den som ikke er lege, og ikke er dansk statsborger eller statsborger i et annet EU-land eller har bodd i Danmark i 10 år, å ta syke i kur. Unntak gjelder dersom Sundhedsministeren av særlige grunner har gitt tillatelse til det. Videre er det fastsatt straff for andre enn leger som tar syke i kur under omreise.

I Danmark gis ikke trygderefusjon ved bruk av alternativ behandling.

Det er ikke opprettet godkjenningsordninger eller registre i det offentlige regi for utøvere av alternativ behandling. I Danmark har man imidlertid i flere år hatt to frivillige registre i regi av utøverorganisasjoner. Registrerte er ulovfestede og frivillige. Registrerte er initiert av utøverorganisasjonene, og Sundhedsstyrelsen har ingen annen rolle i utviklingen enn å gi råd. Høsten 2002 utredes etablering av et nytt register.

8.4 Finland

Helsepersonells virksomhet er regulert i «Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården» av 28.06.1994/559 og «Förordning om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården» nr. 564/1994.

Etter loven regnes 17 grupper som «yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården». Disse omfatter hovedsakelig tradisjonelle helsepersonellgrupper og disse har beskyttet tittel. Etter forskriften er ytterligere 21 grupper godkjent/autorisert, dette gjelder blant annet kiropraktorer, osteopater og naprapater. Disse regnes også som helsepersonell og tittelen «utbildad kiropraktor» er beskyttet.

Det er forbeholdt helsepersonell å gi behandling som kan medføre fare for pasientens liv eller helse, jf. lovens §§ 34 og 35. Brudd på denne bestemmelsen er straffbart og kan innebære fengsel opp til 6 måneder.

Det finske trygdesystemet gir ikke refusjon for alternativ behandling med mindre behandlingen utføres av helsepersonell. Behandling av osteopat, naprapat og kiropraktor gir rett til refusjon dersom pasienten har fått diagnose av en lege, pasienten har blitt henvist av lege og behandleren er ansatt i helsetjenesten.

Det er ikke igangsatt arbeid for å utrede ny lovgivning eller andre ikke-rettslige tiltak i Finland.

8.5 Island

Den islandske legeloven har bestemmelser om kvaksalveri (§§ 22 og 23) som blant annet forbyr andre enn leger å kalle seg lege, samt forbeholder det å forskrive legemidler til leger. Ut over dette kan enhver ta syke i kur og det er ikke forbeholdt helsepersonell å behandle spesielle sykdommer eller utføre spesielle prosedyrer.

Helsepersonell kan i sin virksomhet benytte alternative behandlingsmetoder. I vurderingen av hvorvidt helsepersonellens adferd skal anses for å være akseptabel, vurderer tilsynsmyndigheten (Helsedirektoratet) om behandlingen vil utsette pasienten for fare, og om den er innenfor de etiske krav som stilles til helsepersonellet.

I 2001 ble det nedsatt en gruppe av det islandske Helsedepartementet som skulle utrede alternativ behandling stilling på Island og komme med forslag til ny rettslig regulering og politikkutvikling innen feltet. Utvalget vil fremlegge sin innstilling til Helsedepartementet i oktober 2003.

På Island er i overkant av 30 yrkesgrupper auto-

risert som helsepersonell, blant annet kiroprakter. Naprapater og osteopater er ikke autorisert. Sistnevnte gruppe har søkt om autorisasjon, men har fått avslag. Etter opplysning fra det islandske Helsedirektoratet vil eventuell autorisering av nye grupper trolig være noe utvalget vil vurdere i sin innstilling i 2003.

Det islandske trygdesystemet gir ikke refusjon for alternativ behandling med mindre behandlingen utføres av helsepersonell.

8.6 Storbritannia

I Storbritannia brukes alternativ og komplementær behandling i større utstrekning enn i Norge, og behandlingen er mer integrert i helsetjenesten. En del sykehus innenfor National Health Service (NHS) har enheter for alternativ/komplementær behandling. Dette gjelder særlig innen kreftbehandling. Det finnes deriblant fem statlige sykehus som gir både homøopatisk og ordinær medisinsk behandling, jf. kapittel 6.

Autorisasjons-/registreringsordningene for helsepersonell er fastsatt i the Medical Act fra 1983 og ivaretas av de ulike yrkesorganisasjonene, for eksempel General Medical Council (GMC) for leger og United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC) for sykepleiere mv. Regulering av kiroprakter og osteopater er fastsatt i henholdsvis Chiropractors Act og Osteopaths Act, og ordningen for disse er lik ordningen for ordinært helsepersonell.

Det er et grunnleggende prinsipp i britisk rett at enhver kan behandle pasienter. Ved all type alternativ behandling kreves det at pasienten gir et informert samtykke. Behandling av enkelte sykdommer er imidlertid forbeholdt leger. Dette gjelder sykdommer som kreft, sukkersyke, epilepsi, grønn stær, tuberkulose og kjønnsykdommer. Alternative behandlingsformer benyttes til en viss grad ved sykehusene i forbindelse med kreftbehandling, men da ikke for å kurere sykdommen i seg selv, men for eksempel for å lette bivirkninger av selve kreftbehandlingen. Videre er det bare leger som kan forskrive reseptbelagte legemidler og utføre abort. Operative inngrep er ikke forbeholdt leger. Andre som utfører operative inngrep kan imidlertid straffes for uaktsomt drap dersom pasienten dør som følge av inngrepet, noe som ikke vil gjelde dersom inngrepet utføres av lege.

En komité (Select Committee on Science and Technology) under House of Lords utarbeidet i 1999 en rapport hvor de kom med en rekke anbefalinger i forhold til hva som burde være regjeringens politikk på området komplementær og alternativ medisin. Rapporten ble i mars 2001 fulgt opp av Department of Health, som i sitt «Government Response to The House of Lords Select Committee on Science and Technology's Report on Complementary and Alternative Medicine» sluttet seg til de fleste anbefalingene. Det fremkommer her at både Department of Health og House of Lords ønsker en regulering av flere alternative/komplementære yrkesgrupper, og at departementet arbeider med å regulere urtemedisin og akupunktur. Disse vil da bli regulert under Health Act fra 1999 og vil følge det samme systemet som for helsepersonell og osteopater. Det antas at denne reguleringen vil være gjennomført i 2005/2006.

Bakgrunnen for at disse gruppene er planlagt lovregulert er at behandling med akupunktur, urtemedisin og osteopati potensielt kan påføre pasientene skade. En regulering vil derfor sikre at pasienter får behandling fra kvalifiserte behandlere og at det er et reaksjonssystem på plass dersom behandlingen skulle være uforsvarlig. Videre er disse fagmiljøene relativt samlet. Både departementet og House of Lords har oppfordret de ulike miljøer innenfor alternativ behandling til å samle seg, både faglig og organisasjonsmessig dersom de ønsker offentlig regulering.

Tilsyns- og reaksjonssystemet ivaretas av yrkesorganisasjonene og er derfor nært knyttet til selve registreringsordningen. De fleste alternative behandlere som også er helsepersonell, er registrert i sin yrkesorganisasjon som leger, sykepleiere etc. I tillegg er de registrert i en organisasjon for alternativ/komplementær behandling. En slik dobbeltregistrering er trolig ikke nødvendig for helsepersonell. Det finnes også egne organisasjoner for helsepersonell som også utøver alternativ behandling, for eksempel leger som også er homøopater (the Faculty of Homeopathy), men disse organene har ikke tilsynsordninger.

Enhver registrert utøver må utøve sin virksomhet innenfor hva som anses å være forsvarlig (good practice) og kan bare gi behandling innenfor sin egen kompetanse. Tilsyn foretas på bakgrunn av de faglige retningslinjene for de ulike organisasjonene. Den strengeste administrative reaksjon på uforsvarlig virksomhet er at utøveren kan miste sin registrering. Det er ikke avklart hvordan registrerings- og tilsynsorganisasjonene skal forholde seg til helsepersonell som utøver alternative metoder.

Alternativ behandling gis til en viss grad innenfor NHS, og da ved henvisning til en alternativ behandler fra enten primærlegen eller behandlende lege ved et sykehus. Legen beholder da en del av

ansvaret for at pasienten får forsvarlig behandling. Legen kan også henvise til alternativ behandler uten at kostnadene blir dekket.

Storbritannia har ikke et system der det gis automatisk refusjon for utgifter til behandling. De enkelte lokale Primary Care Trust forvalter både offentlige og private tilskudd, og det er opp til dem å vurdere hvilken type behandling som skal refunderes. Hvorvidt legen henviser med eller uten NHS-refusjon, vil altså bero på den finansielle situasjonen og på retningslinjene innen det lokale Primary Care Trust.

Om lag 90 prosent av all alternativ behandling foregår utenfor NHS og blir da ikke dekket av det offentlige. Det finnes imidlertid også veldedige organisasjoner som kan dekke alternativ behandling for pasienter som ikke får behandlingen dekket av det offentlige.

8.7 Frankrike

I Frankrike blir alternativ behandling brukt i relativt stor grad innen den ordinære helsetjenesten. En undersøkelse fra 1987 viste at ca. 36 prosent av legene, hvorav de fleste var primærleger, benyttet alternative/komplementære metoder.

Code de la santé publique regulerer helsepersonells virksomhet innen helsetjenesten. I Frankrike er det kun registrerte leger (som vanligvis eller sammenhengende diagnostiserer eller behandler pasienter) som kan diagnostisere og behandle pasienter. Alternative behandlere som ikke er leger, tannleger eller jordmødre, og som tar pasienter under behandling kan straffes for dette, jf. Code de la santé publique, Article L4161–1. Dette gjelder også der hvor en alternativ behandler gir slik behandling av pasienter under oppsyn av en lege. Størsteparten av alternativ behandling gis derfor av leger, og antallet leger som benytter alternative behandlingsmetoder øker.

La sécurité sociale klassifiserer leger som benytter alternative metoder som MEP (Médecin au exercice particulier). I 1993 var 6,2 prosent av alle leger registrert som MEP. Trygderefusjon gis for enkelte former for alternativ behandling (homøopatiske legemidler, kiropraktikk, akupunktur), forutsatt at det er en lege som gir behandlingen.

Leger som hjelper alternative behandlere å praktisere kan pålegges både administrative reaksjoner og straffes for medvirkning. Etter opplysning fra det franske helsedepartementet er det pr. i dag ikke planlagt endringer av regelverket.

8.8 Nederland

Hovedprinsippet bak den nederlandske helsepersonelloven er at alle i utgangspunktet kan utøve medisinsk virksomhet. Det er likevel enkelte unntak fra dette prinsippet, og noen medisinske prosedyrer/inngrep kan, med hjemmel i loven, bare utøves av «direkte» autorisert helsepersonell. Dette har sammenheng med det skadepotensialet slike prosedyrer/inngrep representerer.

De prosedyrene/inngrepene som etter dette er unntatt er operative inngrep, gynekologi og fødselshjelp, kateteriseringer og endoskopier, biopsier og injeksjoner, generell anestesi, bruk av radioaktive stoffer (isotopbehandling), behandling av hjerterytmeforstyrrelser, defibrillering, ECT-behandling, stenkusing og kunstig befruktning.

Nevnte prosedyrer/inngrep kan bare utføres av to grupper profesjonelle yrkesutøvere. For det første de som med hjemmel i loven er gitt «direkte» autorisasjon til å utføre slike prosedyrer/inngrep, og for det andre de som utfører prosedyrene/inngrepene på delegasjon fra disse, og som av den grunn er å anse som medhjelpere for dem som er autorisert.

Loven gir «direkte» autorisasjon til leger, tannleger og jordmødre, og spesifiserer hvilken av disse tre helsepersonellgruppene som er autorisert for hver kategori av de nevnte prosedyrer/inngrep. Dette gir leger, tannleger og jordmødre rett til å utøve disse prosedyrene/inngrepene på eget initiativ, hvilket betyr at de selv er ansvarlige for å bestemme om det er indikasjon for en slik prosedyre/inngrep. De må imidlertid ikke gå utover de lovmessige kravene for deres respektive fagfelt, og de må være i stand til å utøve prosedyrene/inngrepene på en forsvarlig måte.

Som nevnt kan disse prosedyrer/inngrep også utføres av annet personell, for eksempel sykepleiere eller hjelpepleiere selv om disse ikke er gitt «direkte» autorisasjon i loven. Denne gruppen utøvere har ikke myndighet til å bestemme om det er indikasjon for en prosedyre/inngrep som nevnt over, og må følge instruks fra utøvere med «direkte» autorisasjon.

Overtredelse av de bestemmelser i den nederlandske helsepersonelloven som regulerer det ovenfor nevnte anses som en straffbar handling, det vil si at uautorisert personell som utfører slike «reserverte» prosedyrer/inngrep vil bli straffet.

Som det vil fremgå har man i Nederland valgt en reguleringsteknikk hvor man lister opp ulike typer medisinske inngrep/prosedyrer som det gjelder begrensninger i forhold til, fremfor den ordning man har valgt i Norge, Danmark og Sverige,

hvor det i hovedsak er innført begrensninger i forhold til sykdommer eller diagnoser.

8.9 Tyskland

I Tyskland er det kun «Heilpraktikere» og leger som kan ta syke i kur.

Heilpraktikerloven («Heilpraktikergesetz») av 1939 regulerer alle former for alternativ behandling, unntatt kinesiologi. Loven krever at utøvere må ha bestått en offentlig eksamen på relativt høyt nivå, hvor det i praksis kreves ca. 3 års forberedelsestid. Det er mange sykepleiere og annet helsepersonell som utdanner seg til «Heilpraktikere». Kandidatene prøves i ordinær vestlig medisin og alternativmedisinske kunnskaper («Heilpraktikerkunde»), og eksamen skal bidra til å sikre at utøveren ikke vil være til fare for pasienten.

I tillegg til slike faglige kunnskaper må utøveren være egnet, det vil si ikke ha fysiske/psykiske lidelser eller rusproblemer som gjør ham uegnet som behandler, og han må ha tilfredsstillende van- del.

Loven gir den som har bestått eksamen enerett på tittelen «Heilpraktiker». Loven gir imidlertid ingen enerett på selve yrkesutøvelsen. Det vil i praksis si at en lege kan gjøre det samme som en «heilpraktiker» kan gjøre, men ikke omvendt.

Som nevnt er det i Tyskland bare «Heilpraktikere» og leger som kan ta syke i kur. Begge kan imidlertid benytte medhjelpere som får delegert visse oppgaver, enten innenfor en helseinstitusjonen eller i forbindelse med henvisning av den enkelte pasient. Legen eller «Heilpraktikeren» er i begge tilfeller fortsatt ansvarlig for pasientens behandling.

«Heilpraktikere» kan dersom det er forsvarlig sette injeksjoner, men vil kunne straffes dersom vedkommende går utover sin egen kompetanse. De kan også forskrive enkelte legemidler.

I Tyskland har leger enerett på en rekke former for undersøkelse og behandling, blant annet undersøkelse og behandling av kjønnsorganer, kjønns- sykdommer, meldepliktige smittsomme sykdom-

mer, vaksinasjon, fødselshjelp, tannbehandling, rettsmedisinske undersøkelser mv.

Enkelte former for alternativ behandling refunderes gjennom trygdesystemet. Dette kan skje når den tyske legeforeningen anser behandlingsformen for å være vitenskapelig dokumentert, og behandlingen gis av lege. Behandling gitt av «Heilpraktikere» gir ikke rett til trygderefusjon.

8.10 EU

EU har ingen felles politikk for regulering av alternativ eller komplementær behandling. Den rettslige reguleringen av alternativ behandling er derfor overlatt til den enkelte medlemsstats interne lovgivning.

EU har i dag kompetanse til å gi regler på området i den grad alternativmedisinsk virksomhet har betydning for de fire friheter. Homøopatiske legemidler er i dag regulert i direktivene 92/73/EØF og 92/74/EØF som trådte i kraft i 1994. Her stilles det krav til markedsføringen og til kvalitet og sikkerhet ved bruk. Det stilles imidlertid ingen krav til dokumentert effekt.

Direktiv 92/73/EØF blir sammen med en rekke andre direktiver erstattet av et nytt direktiv 2001/83/EF av 28. november 2001 om opprettelse av en fellesskapskodeks for humanmedisinske legemidler. Direktivet inneholder få materielle endringer i rettstilstanden. Direktivet trådte i kraft innen EU-området 19. desember 2001, men er ennå ikke formelt en del av EØS-avtalen.

Direktivet inneholdet en forenklet registreringsordning for homøopatiske legemidler som markedsføres uten terapeutisk indikasjon og i en dosering som ikke utgjør noen risiko for pasienten. For øvrig er direktivet utførlig omtalt i Ot.prp. nr. 55 (2001–2002) om lov om endringer i legemiddel- loven og i lov av 12. januar 1995 nr. 6 om medisinsk utstyr, og det vises til dette. Nevnte odelstingsproposisjon er pr. i dag ikke behandlet av Stortinget. Se nærmere om dette i pkt. 7.14 om legemiddellovgivningen i Norge.

9 Nærmere om forslagene i NOU 1998:21 Alternativ medisins

Som nevnt har utvalget vurdert en rekke tiltak av både rettslig og utenomrettslig art. Utvalget har deretter foreslått enkelte rettslige og utenomrettslige tiltak, som samlet sett vil fremme økt integrering og anerkjennelse av alternativ behandling. I det videre vil de rettslige tiltak bli presentert i pkt. 9.1 og tiltak av utenomrettslig karakter vil bli presentert i pkt. 9.2.

9.1 Rettslige tiltak

9.1.1 Innledning

I det videre vil utvalgets vurdering og forslag til de ulike rettslige tiltak bli presentert. Departementet vil i kapitlene 12–15 presentere forslagene nærmere, samt redegjøre for høringsinstansene syn. Deretter vil departementet vurdere de ulike rettslige tiltak og komme med forslag til rettslig regulering.

9.1.2 Strafferettslig regulering av alternativmedisinsk behandling

Et samlet utvalg foreslo at kvaksalverloven ble opphevet, og at nye strafferettslige bestemmelser om andre behandlere enn helsepersonell ble inntatt som et eget kapittel i helsepersonelloven. Utvalget viste til at de fant det hensiktsmessig å erstatte kvaksalverloven med mer tidsriktige regler, som kan håndheves i tråd med de forutsetninger som ligger til grunn for reguleringen.

Utvalget har vist til at de ved utarbeidelse av sitt forslag til nytt regelverk, har lagt stor vekt på pasientens selvbestemmelsesrett, og at utvalgets forslag innebærer at alternativmedisinske utøvers adgang til å behandle pasienter med alvorlige sykdommer utvides.

Utvalget har foreslått at det gis regler som regulerer alternativmedisinske utøvers markedsføring, samtidig som det foreslås et forbud mot bruk av tittel som er beskyttet etter helsepersonelloven.

Utvalget har videre foreslått at behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer og alvorlige sinnslidelser, fortsatt skal være forbeholdt helsepersonell. Videre foreslås det at medisinske inn-

grep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter, kun skal utøves av helsepersonell. Det foreslås at det ved forskrift kan gis nærmere bestemmelser om disse bestemmelsenes innhold.

Ved andre alvorlige sykdommer har utvalget foreslått 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 straffansvar for behandleren. For barn og andre som ikke har slik samtykkekompetanse, har utvalget foreslått at alternativmedisinsk behandling ved alvorlige sykdommer kan gis straffritt dersom helsetilsynet ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby. Forutsetningen for at alternativmedisinske utøvere skal kunne behandle slike alvorlige sykdommer, er at behandlingen finner sted i samarbeid eller samforståelse med lege. Hva som skal være å regne for «alvorlige sykdommer» etter lovforslaget, foreslås fastsatt i forskrift.

Utvalget har videre foreslått en straffebestemmelse som vil ramme den som overtrer ovennevnte bestemmelser, samt straffebestemmelse for den som utsetter pasienten for fare.

Spørsmål om ny strafferettslig regulering av alternativ behandling vil bli behandlet i kapittel 12.

9.1.3 Lovbestemt taushetsplikt for behandlere som ikke er helsepersonell

I utvalgets forslag til regulering er det foreslått innført en lovbestemt taushetsplikt også for andre behandlere enn helsepersonell. Bestemmelsen viser til taushetspliktreglene i helsepersonelloven §§ 21 – 25.

Spørsmål om lovbestemt taushetsplikt for behandlere som ikke er helsepersonell vil bli behandlet i kapittel 12.

9.1.4 Egen godkjenningsordning for alternative behandlere

I utvalgets mandat het det i pkt. 6 at utvalget skulle

«(D)røfte sentrale problemstillinger knyttet til godkjenningsordninger og komme med forslag

til eventuelle godkjenningsordninger for grupper av alternativmedisinske utøvere, herunder også krav til utdanning».

Spørsmålet om en egen godkjenningsordning for alternativmedisinske utøvere er behandlet i NOUens pkt. 15.4.1. Utvalget har her lagt 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 pasienten. 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.»

Utvalget har deretter vist til at den dagjeldende godkjenningsordning var begrunnet i behovet for å kunne føre offentlig kontroll med helsepersonellgrupper gjennom reguleringer og tilsyn. Det ble deretter vist til at i forslaget til ny lov om helsepersonell var kriterier for autorisasjon av nye helsepersonellgrupper inntatt § 48 fjerde ledd. Av forslaget (og någjeldende lovbestemmelse) fremgår at departementet i forskrift kan bestemme at nye helsepersonellgrupper kan gis autorisasjon etter søknad. Det skal i så fall

«legges vekt på hensynet til pasientsikkerhet, innhold og formål ved utdanningen, i hvilken utstrekning yrket utøves selvstendig og hensynet til harmonisering med andre land.»

Denne ordningen innebærer at grupper av alternativmedisinske behandlere etter søknad kan vurderes autorisert etter helsepersonelloven.

Noen utvalgsmedlemmer (7) mente at en offentlig godkjenning var et mål, og at dette burde fremskyndes for enkelte av de etablerte grupper alternativmedisinske utøvere. Andre medlemmer (8) påpekte at utvalget ikke hadde blitt nedsatt for å vurdere hvordan søknader om godkjenning /autorisering som helsepersonell ble behandlet eller burde bli behandlet. De viste til at det måtte være opp til myndighetene å foreta den nødvendige saksbehandling, og at utvalgets arbeid ikke kunne legges føringer verken på saksbehandlingsmåte eller

hvilke grupper av alternative utøvere som særskilt burde vurderes for autorisasjon.

Utvalget påpekte videre at

«(E)n 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.»

Et enstemmig utvalg la etter dette 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 sammenheng 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 kravet til utdanning, dokumentasjon, vitenskap og seriøsitet.»

Utvalget har ikke tatt stilling til om enkelte grupper av alternativmedisinske utøvere burde gis autorisasjon etter den foreslåtte helsepersonelloven. I NOUen har imidlertid utvalget i kapittel 13 redegjort for en rekke ulike alternativmedisinske behandlingsmetoder, samt vurdert i hvilken grad disse kan sies å være dokumentert effektive. Med visse unntak for akupunktur, legger utvalget til grunn at det ikke kan påvises dokumentert effekt ved de ulike behandlingsmetoder. I ulik grad vurderes andre behandlingsmetoder for «mulig effektiv», «kanskje effektiv», osv. Utvalget konkluderer generelt 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 formålstjenelig.»

Spørsmålet om en egen godkjenningsordning for alternative behandlere vil bli drøftet i kapittel 13. Her vil også spørsmålet om autorisering av nye helsepersonellgrupper bli drøftet.

9.1.5 Registerordning for behandlere som bruker alternativmedisinske metoder

Utvalget har foreslått at det ved lov opprettes en frivillig registerordning for helsepersonell og andre som tar syke i kur, og som anvender alternativmedisinske behandlingsmetoder. Formålet med å innføre en slik registerordning har vært at dette vil kunne bidra til å skille mellom såkalt seriøse og useriøse utøvere, først og fremst ved at ordningen vil sikre at utøverne er bundet av yrkesetiske retningslinjer.

Av den foreslåtte lovbestemmelse fremgår at vilkårene for å bli registrert, samt plikter og rettigheter som registrert, skal fastsettes gjennom forskrift. Utvalget har utarbeidet utkast til slik forskrift.

Den foreslåtte ordning innebærer at departementet etter bestemte vilkår skal godkjenne alternativmedisinske organisasjoner, og at disse organisasjonene i neste omgang skal påse at medlemmene oppfyller nærmere bestemte vilkår for å bli registrert. I tråd med dette skal departementet bare godkjenne organisasjoner som har:

- Vedtekter som stiller faglige krav til medlemskapet (Organisasjonen selv fastsetter nærmere bestemte krav for rett til medlemskap, herunder faglige krav. Departementet skal ikke foreta noen vurdering av innholdet eller omfanget av de faglige krav som stilles.)
- Yrkesetiske regler som er bindende for medlemmene
- Vedtektsfestet klagerett for pasienter på medlemmenes yrkesfaglige adferd med behandling i et yrkesetisk råd og mulighet for utelukkelse av medlemmer som utviser yrkesfaglig adferd i strid med de yrkesetiske regler og retningslinjer
- Minst 30 medlemmer

Det er den som ønsker registrering som må dokumentere at vilkårene er oppfylt. Han må for det første dokumentere at han er medlem av en organisasjon som er godkjent av departementet. Øvrige vilkår er:

- Han må drive virksomhet som behandler
- For å bli registrert og for å beholde registreringen må han ha gyldig forsikring eller sikkerhet som dekker det erstatningsansvar han kan pådra seg ved behandlingsvirksomheten (Departementet fastsetter minimumsbeløp og nærmere vilkår.)
- Han må dokumentere at han drev virksomhet som behandler i det foregående år (Innsendelse

av årsoppgjør/næringsoppgave for det foregående år, bekreftelse fra arbeidsgiver på ansettelsesforholdet.)

Den som registrerer seg vil kunne bruke betegnelsen «offentlig registrert» i tilknytning til sin yrkestittel. Den registrerte vil også bli pålagt plikter, bl.a. plikter han å melde fra om flytting og dersom vilkårene for registrering ikke lenger er til stede. Videre må den registrerte betale et registreringsgebyr og en årlig avgift.

Utvalget har foreslått at det offentlige dekker kostnadene forbundet med etablering av registeret, men at dette kan søkes dekket inn igjen ved å kreve et gebyr ved førstegangsregistrering. De årlige driftskostnader er foreslått dekket gjennom de registrertes årsavgift.

I innstillingen er det lagt til grunn at den faglige delen av registerordningen skal legges over på foreningene selv, mens driften av registeret skal være offentlig, nærmere bestemt Brønnøysundregistrene.

9.1.6 Spørsmål om refusjon fra folketrygden

Utvalget har vurdert om det bør innføres refusjon fra folketrygden ved alternativmedisinsk behandling.

Et flertall (13) har kommet til at det ikke bør innføres en slik ordning, og det vises særlig til at det heller ikke ytes trygderefusjon ved behandling hos alle typer autorisert helsepersonell, at alternative behandlingsformer kjennetegnes av lav grad av dokumentert effekt, at en refusjonsordning vil medføre mange og vanskelige avgrensingsproblemer, samt at innføring av trygderefusjon vil øke det offentliges utgifter til helsesektoren. Flertallet har vist til at dersom det skal brukes offentlige midler på alternativ medisin, så bør disse midlene heller kanaliseres til andre tiltak som tar sikte på økt kunnskap om alternativ medisin og tiltak som øker samarbeidet mellom den ordinære helsetjenesten og utøvere av alternativ medisin.

Utvalgets mindretall (4) har foreslått at det innføres en refusjonsordning for behandling hos alternativmedisinske utøvere som er registrert i det frivillige registeret som foreslås opprettet. Forutsetning for refusjon skal imidlertid være at behandlingen skjer i samarbeid mellom lege og den alternativmedisinske utøver, samt at den alternativmedisinske behandling har positiv innvirkning på pasientens helse og helbred. Et ytterligere vilkår er at behandlingen må være av vesentlig betydning for pasientens funksjonsevne.

9.2 Andre virkemidler enn rettslig regulering

9.2.1 Innledning

Når det gjelder andre virkemidler enn rettslig regulering, må formålet i hovedsak være å styrke pasientenes og andres valgmuligheter med hensyn til behandlingstilbud, og muligheten for å ta overveide valg. For å bidra til å nå denne målsettingen, har utvalget vurdert både pedagogiske, organisatoriske og økonomiske virkemidler. Utvalget mener at de virkemidler som tas i bruk først og fremst bør 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

Nedenfor omtales kort de forslag utvalget mener bør gjennomføres. Forslagene bygger på innspill både fra utvalgets medlemmer, og fra alternativmedisinske fagmiljøer.

9.2.2 Informasjon og forskning

Utvalget mener at sentrale helsemyndigheter bør ta et visst ansvar for å gi befolkningen nødvendig informasjon om alternativ medisin. Dette kan gjøres ved å samle og systematisere eksisterende kunnskap, samt stimulere til ny forskning på feltet.

Utvalget foreslår at det opprettes en «informasjonsbank» om alternativ medisin i offentlig regi. En slik informasjonsenhet gjør det mulig at aktuell informasjon samles og gjøres tilgjengelig for befolkningen. Informasjonsbanken bør inneholde 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 Helsedepartementet eller legges ved et forskningssenter.

Utvalget mener det bør legges til rette for et vitenskapelig forskningsmiljø innen alternativ medisin med eget professorat og mulighet for forskerutdanning (doktorgradsstudium) på feltet. Det kan enten opprettes som eget senter for alternativ medi-

sinsk forskning eller som et eget institutt ved et universitet.

Et forskningssenter kan også fungere som et kompetansesenter for andre som driver forskning innen alternativ medisin. Senteret kan bidra med faglig støtte og gjøre det mulig å bli oppdatert på den forskningen som gjøres på området.

Utvalget foreslår at det tilrettelegges for komparative studier og for prosjekter som kan bidra til samarbeid mellom utøvere av alternativ medisin og skolemedisin. Det kan være aktuelt at det foreslåtte senter/institutt for alternativmedisinsk forskning kan tildeles en funksjon når det gjelder fordeling av ressurser til forskning og samarbeidsprosjekter på feltet. Eventuelt kan dette skje i samarbeid med Norsk forskningsråd.

9.2.3 Opplæring og utdanning

Helsepersonell bør få større kjennskap til alternativmedisinske behandlingsformer.

En viss kunnskap og informasjon om alternativ medisin bør tilbys ved skolemedisinske utdanninger. Hensikten er å gi fremtidig helsepersonell en viss innsikt i behandlingsformer og deres effekt, men ikke opplæring med sikte på å utføre slik behandling. Begrunnelsen for forslaget er mulighet for god kommunikasjon med pasienter som enten benytter eller vurderer å benytte alternative behandlingsformer. Det foreslåtte senter/institutt vil gjøre slik informasjon lettere tilgjengelig for høgskoler og universiteter.

Utvalget foreslår at skolemedisinske utdanningsinstitusjoner bør legge til rette for undervisning i behandlingsformer som viser seg å ha dokumentert eller mulig dokumentert effekt¹, og som ønskes av befolkningen.

Utvalget mener at en evaluering av alternativmedisinske utdanninger med tanke på offentlig innsats og styring, vil kreve en særskilt utredning. En slik utredning kan i tillegg eventuelt vurdere offentlig støtte til utdanningsinstitusjonene og studiefinansiering for studentene.

9.2.4 Organisering og samarbeid

Sentrale helsemyndigheter bør ta større ansvar for å bygge opp kunnskap om alternativ medisin. Denne kunnskapen kan danne grunnlag for samarbeid mellom alternativmedisinske utøvere og helsevesenet.

¹ Se NOU 1998:21 Alternativ medisin, side 191 pkt. 13.2.7 Sikkerhet i effektdokumentasjon, for en nærmere redegjørelse av utvalgets forståelse av begrepene «dokumentert effekt» og «mulig dokumentert effekt».

Utvalget foreslår at slike samarbeidsprosjekter bør baseres på frivillighet. De kan eksempelvis initieres av fylkeskommuner og kommuner for å tilpasses lokale forhold og behov, og prøves ut i alle deler av helsetjenesten. For å systematisere erfaringer bør denne type samarbeidsprosjekter evalueres.

Finansiering av slike prosjekter kan skje direkte fra sentrale helsemyndigheter eller via fylkeskommuner og kommuner til skolemedisinske og alternativmedisinske utøvere som ønsker støtte til nærmere beskrevne samarbeidsprosjekter.

Videre foreslo utvalget 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 institusjon, gis anledning til det.

9.2.5 Forvaltningsansvar for alternativ medisin

Utvalget mener at de virkemidlene som foreslås må initieres av Helsedepartementet og finansieres over statsbudsjettet. Videre foreslås det at enkelte godkjennings- og fordelingsoppgaver legges til departementet. Det gjelder godkjenning av organisasjoner for alternativmedisinske utøvere som grunnlag for registrering i det registeret utvalget foreslår

opprettet. Departementet bør også fordele midler til samarbeidsprosjekter og ta ansvar for informasjon til befolkningen om alternativ medisin.

9.2.6 Kostnader og økonomi

Utvalget foreslår at det settes av 100 millioner kroner over en femårsperiode. Midlene fordeles til:

- opprettelse av et nasjonalt senter for alternativmedisinsk forskning, herunder midler til bibliotek og kunnskapsformidling
- forskning. Midlene kan tildeles både senter for alternativ medisinsk forskning og gjennom Norges forskningsråd
- ymse tiltak, forsøksordninger og prosjekter. Midlene kan tildeles gjennom Helsedepartementet etter søknad.

Helsedepartementet bør fastsette retningslinjer for hvordan midlene skal brukes. Herunder vurdere hvordan fordelingen mellom de tre områdene nevnt ovenfor bør være innenfor de beløp som bevilges. Departementets egne kostnader vil sannsynligvis øke noe som følge av oppgaver som legges til departementet. De økte kostnadene forutsettes dekket av det foreslåtte beløp.

Del II

*Departementets grunnsyn – vurdering av andre
virkemidler enn rettslig regulering*

10 Departementets prinsipielle utgangspunkt for forslag til politikkutvikling

10.1 Innledning

Av beskrivelsene i kapitlene foran, spesielt pkt. 5.1.5 og kapittel 8, går det fram at de behandlingsformer som i denne odelstingsproposisjonen omtales som alternativ behandling, er behandlingsformer som i varierende grad tilbys både innenfor og utenfor den ordinære helsetjenesten i land det er naturlig å sammenligne seg med. Rettslig regulering av utøvelsen av alternativ behandling og krav til kvalifikasjoner hos utøverne varierer fra land til land, og kan antagelig i stor grad knyttes til historiske og kulturelle særtrekk. Forskjellene i regulering er relativt sett minst mellom de nordiske land.

Beskrivelsen viser også at det er en økende interesse for og økende aktivitet knyttet til kunnskapsoppbygging og forskning innen alternativ behandling. Sist men ikke minst er myndighetene i flere av de omtalte land i ferd med å sette feltet på dagsorden samt å utvikle en politikk. Myndighetene ser ut til å forholde seg til alternativ og komplementær behandling på en mer aktiv måte enn tidligere. Begrunnelsene og motivene kan være forskjellige. Myndighetenes aktiviteter kan knyttes til en erkjennelse av feltets omfang og befolkningens interesse for behandlingsformene og deres forklaringsmodeller. I tillegg er både myndighetenes og fagmiljøenes økende interesse for feltet både som fenomen og med hensyn til potensiell effekt av alternative behandlingsformer, en mulig forklaring på myndighetenes aktive rolle.

I utformingen av politikken i Norge er det et sentralt spørsmål hvilken tilnærming myndighetene skal ha til feltet. Dette har blant annet sammenheng med at det er fri etableringsrett og fri prissetting for alternative utøvere. Det er heller ikke stilt myndighetskrav til kvalifikasjoner hos utøverne. Avveiningen gjelder hvorvidt ønsket utvikling skal skje gjennom statlig styring, gjennom en bransjeintern styring i dialog med myndighetene eller en kombinasjon av disse. Det avgjørende her vil etter departementets oppfatning være de hensyn og formål som legges til grunn for politikkutviklingen.

Aarbakke-utvalget drøfter i NOU 1998:21 de hensyn som gjør seg gjeldende dersom utøvelse av alternativ behandling underlegges særskilt regule-

ring, eventuelt innlemmes i de regler som gjelder helsepersonell, eller om reguleringen skal være begrenset til de generelle lovene som regulerer næringsvirksomhet og forbrukervern, samt straffelovgivningen. Etter utvalgets oppfatning vil disse hensynene også kunne ha betydning for vurderingen av eventuelle andre virkemidler for å styre bruken og utøvelsen av alternativ behandling.

De hensyn som etter utvalgets oppfatning har betydning for valg av offentlige styringsmidler generelt, er karakterisert ved følgende (NOU 1998:21 s. 207);

«...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.»

Utformingen av politikken på området reiser etter departementets oppfatning to hovedspørsmål:

1. Hvilke myndighetskrav skal stilles til alternativ behandlervirksomhet som utøves i det private marked utenom den ordinære helsetjenesten, og hvordan kan myndighetene for øvrig bidra til at de viktigste hovedhensyn blir ivaretatt?
2. I hvilket omfang og på hvilken måte kan og bør det skje en form for integrering av alternativ behandling med den ordinære helsetjenesten?

Når det gjelder det første spørsmålet legger departementet til grunn at forbrukerperspektivet skal stå sentralt i politikkutviklingen overfor den virksomheten som foregår i det private marked av alternativ behandlere utenom helsetjenesten. Forbrukerperspektivet kan ivaretas dels gjennom regelverk, og dels gjennom utenomrettslige tiltak fra myndighetenes eller bransjens side.

Viktige elementer i forbrukersammenheng er blant annet brukernes eller pasientenes selvbestemmelsesrett og mulighetene til å ta opplyste og reelle valg, beskyttelse mot risiko, sannferdighet og redelighet i markedsføringen av tjenestetilbudet, utøvernes etterlevelse av god forretningsskikk

og etiske regler, samt mulighetene for å kunne klage hvis forbrukerne opplever å ha grunnlag for det. Ivaretagelse av taushet er også viktig når tjenestetøvelsen er knyttet til personer med sykdommer og hvor personene kan være i en kritisk livssituasjon. Virkemidlene vil dels være regelverk fastsatt av myndighetene, dels bransjeinternt regel- eller rammeverk utarbeidet av bransjen selv eller utarbeidet i dialog med myndighetene. Se nærmere omtale i kapittel 12.

Av utenomrettslig karakter kan departementet bidra til at hensynene blir ivaretatt gjennom støtte til informasjonsvirksomhet, kunnskapsoppbygging og forskning og tiltak knyttet til utdanningsfeltet.

Samfunnsutviklingen preges av økende mangfold og valgmuligheter. Det er ikke lenger slik at de etablerte helseprofesjonene i all hovedsak forvalter kunnskap om sykdom og behandling av sykdom og lidelser. Utviklingen av informasjonssamfunnet fører til at flere pasienter har inngående kunnskap om sin sykdom eller lidelse og de behandlingsmuligheter som er aktuelle. Videre stiller mange kritiske spørsmål til deler av skolemedisinen og de behandlingsformer som brukes. Når det gjelder utviklingen av velferdstilbudene i vestlige land, har styrking av den individuelle handlefrihet, selvbestemmelse og forbrukerrolle fått en økende betydning. Innenfor helsetjenesten er dette blant annet nedfelt i ny lov om pasientrettigheter. Retten til å kunne velge behandlingssted og retten til informert samtykke står her sentralt. Departementet legger til grunn at pasientens rett til selv å kunne velge alternative behandlingsformer utenfor den ordinære helsetjenesten må bli møtt med respekt både i helsetjenesten og hos helsemyndighetene, uavhengig av offentlig engasjement i sektoren.

Når det gjelder det andre spørsmålet om aktuell integrering, blir kravene til den alternative behandlervirksomheten og rettighetene til bruker/pasient et sentralt vurderingstema. Kvalitet i den ordinære helsetjenesten søkes i dag sikret gjennom en rekke forhold. Eksempler her er krav til organisering og ledelse, finansieringssystemer, krav til internkontrollsystem, utdanningssystemet for helsepersonell, autorisasjonsordninger, tilsynsvirksomheten til fylkeslegene og Statens helsetilsyn, forskning og systematisering av erfaringer, meldeordninger, etter- og videreutdanning av helsepersonell samt rådgivning fra myndigheter og fagmiljøer. Eventuell integrering av alternative behandlingsformer i helsetjenesten vil innebære at de samme krav må vurderes for slik virksomhet. Et annet tema vil være i hvilken grad det skal stilles kvalitetskrav til alternativ behandling hos utøvere i det private markedet utenfor den ordinære helsetjenesten.

Ved vurderingen av eventuell integrering av alternativ behandling med den ordinære helsetjenesten blir også spørsmålet om kunnskapsgrunnlaget for behandlingsformene sentralt. Viktig i denne sammenheng er om behandlingen er basert på vitenskap eller systematisert erfaring, jf. krav til helsetjenesten. Som beskrevet i punkt 6.1 viser den forskning som er gjort på alternative behandlingsmetoder at den så langt i liten grad kan dokumentere effekt. I tillegg vil eventuelle krav til utøvernes kvalifikasjoner bli et sentralt spørsmål.

Ved helsemyndighetenes vurdering av hvilke helsepersonellgrupper som bør autoriseres etter helsepersonelloven, legges det vekt på om yrkesutøvelsen for vedkommende personellgruppe innebærer direkte pasientkontakt, om utdanningen er rettet inn mot et yrke i helsetjenesten, og om yrkesutøvelsen vil kreve stor grad av selvstendighet i forhold til pasientbehandling. Autorisasjon innebærer en rekke plikter for helsepersonell, og forutsetter bestått eksamen på godkjent norsk utdanningssted eller dokumentasjon av faglig jevngradighet eller nødvendig faglig kyndighet på annen måte. Det stilles med andre ord krav til kvalifikasjoner og strenge krav til yrkesutøvelsen, av hensyn til kvalitet og sikkerhet for pasientene og forutsigbarhet for annet helsepersonell og for befolkningen. Samtidig gir det tilsynsmyndighetene mulighet til å gi administrative sanksjoner ved pliktbrudd. En integrering av alternative behandlere eller av alternative behandlingsformer i helsetjenesten innebærer etter departementets oppfatning at det må stilles samme krav til alternative utøvere og behandlingsformer som til helsepersonell og behandlingsformer som anvendes i helsetjenesten.

Eventuell integrering berører også spørsmål om pasientrettigheter, jf. pasientrettighetsloven. Denne gir pasienter rettigheter blant annet overfor det enkelte helsepersonell. Dette gjelder for eksempel rett til medvirkning, rett til informasjon, rett til samtykke og rett til journalinnsyn mv., se for øvrig kapitlene 7 og 12.

Kort oppsummert kan det sies at når det gjelder politikktutviklingen overfor utøvelse av alternativ behandling utenfor den etablerte helsetjenesten, er det forbrukerperspektivet som legges til grunn. Når det gjelder integrering av alternativ behandling i helsetjenesten er det pasientperspektivet i helselovgivningens forstand som legges til grunn. I vurderingen av omfanget av helsemyndighetenes forslag til virkemidler for å ivareta disse perspektivene, ser departementet det som viktig å ha en felles forståelse av virkefeltet til skolemedisin og til alternativ behandling.

10.2 Virkefeltet til skolemedisin og til alternativ behandling

10.2.1 Innledning

Som vist foran i kapittel 5 oppsøker befolkningen i økende grad alternative behandlere eller benytter alternative behandlingsformer. Dette kan være et signal til den etablerte helsetjenesten om at det er sider ved denne som ikke møter pasientens behov og/eller forventninger. Aarbakke-utvalget anfører at selvbestemmelsesretten for den enkelte også har en omkostningsside, som kan innebære økt risiko for å ta valg som kan medføre forverret helsetilstand eller manglende forbedring, samt økonomisk utnyttelse. Fordi en syk pasient kan være mer sårbar enn en frisk person, vil det, avhengig av omstendighetene, kunne være vanskelig for mange å overskue konsekvensene av egne handlingsvalg. I slike situasjoner kan det være særlig viktig å beskytte enkelte pasientgrupper som ikke kan oppfattes å være kompetente til å ta behandlingsavgjørelser med alvorlige konsekvenser.

Valg innebærer konsekvenser, både helsemessig og økonomisk. Det er derfor viktig at pasienter som velger alternative behandlingsformer har muligheter til å kunne ta valg som er reelle og trygge. For det første bør pasienten blant annet ha mulighet til å få kunnskap om behandlingsformene, deres anvendelsesområde og mulig virkning. For det andre er det viktig at pasienten er trygg på behandlerens kvalifikasjoner og at pasienten ikke utsettes for risiko ved å motta behandlingen. I tillegg må det finnes organiserte klageordninger når det oppleves grunn til å klage. Disse forholdene vil være sentrale i departementets politikkutvikling på feltet.

Når det skal vurderes eventuelle krav til eller begrensninger i alternativ behandlervirksomhet, mulighetene til opplyste valg og spørsmålet om aktuell integrering, er det to begreper som etter departementets oppfatning har stor betydning. Det er begrepene sykdom og behandling. Innholdet i og rekkevidden av disse begrepene har relevans for forståelsen av forskjellene og likhetene mellom alternativ behandling og skolemedisin. Det har dermed betydning for departementets vurderinger av aktuelle forslag som skal ivareta henholdsvis brukerperspektivet innen den alternative behandling som foregår utenfor helsetjenesten, og pasientperspektivet i spørsmålet om integrering med helsetjenesten.

10.2.2 Begrepene sykdom og behandling

Begrepene sykdom og behandling er i begrenset grad drøftet i NOU 1998:21. Beskrivelsen og vurderingene nedenfor er satt litt på spissen for nettopp å synliggjøre forskjeller og likheter i alternative behandleres og skolemedisinernes virkeområde og tilnærming når det gjelder pasientbehandling.

Helsetjenesten er i hovedsak utviklet for å utrede, diagnostisere og behandle sykdommer eller syke mennesker. I Sverige benevnes helsetjenesten som sjukvården. Innen skolemedisin er sykdom som hovedregel det grunnleggende begrep. I den sammenheng defineres sykdom positivt, og helse eller friskhet som fravær av sykdom. Med andre ord er vi friske bare dersom vi ikke er syke. Sykdommen kan som hovedregel forklares ut fra en unormal eller patologisk prosess i kroppen eller sinnet, og søkes behandlet ved å påvirke eller fjerne denne prosessen.

Innen den naturvitenskapelig baserte biomedisinen er det de objektivt målbare avvik fra det som antas er normalt tilstander man i hovedsak leter etter ved undersøkelse av pasienter. Eksempler her er verdier for blodtrykk, kolesterolinnhold i blod, ulike verdier i urin, blodsukker, bentetthet som uttrykk for osteoporose etc. Konstateres slike avvik, vil disse sammen med pasientens selvopplevde symptomer utgjøre grunnlaget for en sykdomsdiagnose.

Som omtalt foran i pkt. 4.3 tar de holistiske forklaringsmåter innen alternativ behandling i hovedsak utgangspunkt i forståelsen av helse som tilstand og forsøker å forklare sykdom ut fra dette. Sykdom forklares gjerne slik at selvopplevde symptomer/sykdommer er uttrykk for at kroppens og psykens evne til å takle overbelastning har sviktet. Det innebærer at alternative behandlere ikke har samme fokus mot den patologiske prosess i sykdommen. Hovedfokus er i større grad rettet mot årsakene til at kroppen/psyken er kommet i ubalanse, slik at den ikke evner å takle overbelastning. Konsekvensene er utslag i form av sykdom eller symptomer på sykdom.

Mange mennesker har sykdommer, det vil si at de opplever at de er syke, uten at skolemedisinen kan finne årsak eller såkalt kausalsammenheng. Det vil si påvise patologiske, objektive funn i biomedisinske termer som kan klassifiseres som en diagnose og dermed forklare pasientens sykdomstilstand. Eksempler her er ulike kreftformer eller andre sykdommer i et tidlig stadium i sykdomsutviklingen hvor legen ikke er i stand til å stille diagnose selv med mange prøver og tester. Andre eksempler er tidlig fase av stoffskiftesykdommer, matvareintoleranse samt pasienter med komplekse smertetilstander og/eller symptombilder.

Sykdomsbegrepet

I de fleste tilfeller vil det være det enkelte individ eller dens nærmeste omgivelse som først opplever at man er syk. Opplevelsen av å være syk gir seg til kjenne ved for eksempel smerte, feber, ubehag, svimmelhet, slapphet, kvalme, oppkast etc.

Hvis sykdommen ikke går over av seg selv vil de fleste prøve en eller annen form for egenbehandling. Forslag til lovgivning i denne proposisjonen regulerer ikke slik behandling. Hvis egenbehandlingen ikke hjelper, eller sykdommen forverres, vil de fleste søke hjelp i den etablerte helsetjenesten. Hvis sykdommen er av generell karakter, vil antagelig lege oppsøkes.

Besøket hos lege eller annet helsepersonell kan blant annet resultere i at pasienten:

1. Blir kurert og dermed frisk (eksempel: antibiotikabehandling mot en infeksjon, verkebyllen blir stukket hull på og renses).
2. Får beskjed om at sykdommen eller den ikke-friske tilstand går over av seg selv (eksempel: muskelstrekk, virusinfeksjon).
3. Behandleren finner ingen objektive funn som tilsier sykdom (dvs. ingen diagnose), men opplevelsen av sykdom kan vedvare (eksempel: smerte i mageregionen eller svimmelhet. Dette kan være uttrykk for sykdom i tidlig fase).
4. Sykdommen eller tilstanden blir forsøkt behandlet, men den vedvarer i uendret eller redusert tilstand (eksempel: sykdommer som har gått over i en kronisk fase som diabetes, leddgikt etc.).
5. Sykdommen forverres selv med behandling. I verste fall kan pasienten dø etter kort tid som følge av sykdommen (eksempel: kreftformer, hjertesvikt).

Sykdomsbegrepet i vår kultur kan sies å bestå av en *personlig*-subjektiv del og en *vitenskapelig*-objektiv del. I de nordiske språk dekker ordet sykdom både de subjektivt opplevde forandringer i helsetilstand og de objektive forandringer som av legen eller andre profesjonelle behandlere kan kategoriseres som en diagnose. I engelsk språk skilles det begrepsmessig mellom disse forholdene. Begrepet *illness* betyr den personlige opplevelsen av å være syk mens *disease* er uttrykk for den vitenskapelig-objektive diagnosen som behandleren har satt.

En person som i følge norsk språk er syk kan ha en av tre ulike tilstander:

- Personlig-subjektiv opplevelse av å være syk uten at vitenskapelig-objektiv diagnose er stilt (dvs. *illness* uten *disease*).
- Personlig-subjektiv opplevelse av å være syk og

med en diagnose som er stilt av skolemedisin (dvs. *illness* med *disease*).

- En vitenskapelig-objektiv diagnose er stilt uten at pasienten har opplevd sykdom (*disease* uten *illness*, som for eksempel kreftformer i tidlige stadier som avdekkes ved screening).

De undersøkelser som er referert foran i kapittel 5 viser at i løpet av en persons sykdomsutvikling har over en tredjedel av innbyggerne i Norge en eller flere ganger oppsøkt en alternativ behandler. Som hovedregel skjer det etter at skolemedisineren har utført det vedkommende mente han/hun evnet å gjøre av utredning, diagnostikk, aktuell behandling (terapi) og oppfølging. De som oppsøker alternative behandlere vil antagelig ofte være i en sykdomssituasjon med personlig-subjektiv opplevelse av å være syk (*illness*). Mange vil antagelig ikke ha fått stilt noen diagnose i den ordinære helsetjenesten, og søker hjelp hos alternative behandlere. Men mange har også fått stilt en diagnose (*disease*). Eksempler på sistnevnte er kreftpasienter som gjennomgår kreftbehandling ved sykehus (stråleterapi, cytostatika og/eller kirurgi), men hvor pasienten søker lindrende behandling hos alternative behandlere for ubehaget ved symptomene av sykdommen eller for de bivirkninger som behandlingen fører til. Det kan også være tilfeller hvor pasienten oppsøker alternative behandlere for å prøve metoder som hevdes å styrke kroppens immunforsvar eller egen selvhelbredelsesprosess, se foran kapittel 4. Andre eksempler er behandling av plager eller lidelser i muskel-skjelettsystemet, se omtalen av de forskjellige behandlingsformer i kapittel 4.

Det framgår av oversikten i kapittel 4 at det kan variere i hvilken grad den alternative behandler søker å stille egen form for diagnose, hvorvidt de baserer seg på den diagnosen skolemedisin har satt eller baserer sin tilnærming til pasientens plager og sykdomsopplevelse på metoder som er uavhengig av diagnostikk. Mange alternative behandlere tar i hovedsak utgangspunkt i det personlig-subjektive som pasientens opplevelser, sykehistorie og symptom-bilde i sin undersøkelse og behandling. I noen tilfeller tas det prøver for å kartlegge objektive funn, slik som prøve av urin, spytt, hår, avføring, tester med elektrisk apparatur osv. For mange er det primære formål med behandlingen å styrke eller gjenopprette kroppens selvhelbredende evner, enten det foreligger en skolemedisinsk stilt diagnose eller ikke. Råd om endringer i kosthold og livsstil vil også kunne være en del av behandlingen.

Alternative behandlere brukes av pasienter, og mener selv de har reelle tilbud, både i situasjoner

hvor pasienter har en skolemedisinsk stilt diagnose med pasientopplevde symptomer (*illness* med *disease*), og hvor det ikke er stilt diagnose men hvor pasienten har symptomer og opplever å være syk (*illness* uten *disease*). De undersøkelser som refereres i NOU 1998:21 viser at pasienter opplever hjelp i ca. 50 prosent av disse behandlingstilfellene.

Behandlingsbegrepet

Som beskrevet i pkt. 7.2 er det i utgangspunktet tillatt for enhver å ta syke i kur, dvs. å behandle sykdom eller syke mennesker. Nyanseringen av sykdomsbegrepet som er beskrevet foran innebærer også at behandlingsbegrepet må nyanseres. Behandling som utføres av alternative utøvere vil dermed omfatte en rekke situasjoner:

- Behandling av sykdomstilstander som bygger på personlig-subjektive opplevelser av å være syk eller av symptomer på sykdom, uten at skolemedisin har kunnet stille diagnose.
- Behandling av sykdomstilstand hvor skolemedisin har stilt diagnose. Behandlingstilnærmingen vil være basert på symptombildet, og vil i hovedsak ha kroppens evne til selvhelbredelse som fokus.
- Behandling av sykdomstilstand hvor skolemedisin har stilt diagnose og pasienten er under en kontrollert behandling, men hvor alternativ behandling oppsøkes som tillegg til eller komplementær til skolemedisin (eksempel her er pasienter med kreftsykdom hvor alternativ behandling oppsøkes for å lindre symptomene/ubehagene og for å få hjelp til å styrke kroppens evne til selvhelbredelse).
- Behandling som har til hensikt å forebygge sykdom gjennom å styrke kroppens forsvarsmekanismer og evne til selvhelbredelse.
- Behandling som har som formål å gjenopprette funksjonsevne (rehabilitering).

Konsekvenser for prinsippene bak rettslig regulering og for tiltak av utenomrettslig karakter

Erkjennelsen av de nyanser som ligger i forståelsen av både sykdomsbegrepet og behandlingsbegrepet har betydning for hva som for eksempel skal legges til grunn for krav til og begrensninger i yrkesutøvelse hos alternative utøvere. Det har også betydning for pasientenes rett til selvbestemmelse og myndighetenes bidrag til trygge og opplyste valg, det vil si forbrukerperspektivet i vid forstand. Det har også betydning for bredden i forskningsaktiviteten, en utvidet forståelse av effektbegrepet og for diskusjonen om aktuell integrering av alternative

behandlingsformer med den ordinære helsetjenesten. Eksempler på problemstillinger her er:

- Skal det være forbud for alternative behandlere mot enhver behandling av sykdommer som blant annet kreft, sukkersyke og struma dersom den aktuelle behandling er rettet mot den personlig-subjektive opplevelsen av å være syk og mot symptombildet, eller hvor den alternative behandlingsform ikke utgjør risiko for forverring og søker å styrke kroppens selvhelbredende prosesser?
- Hvordan dokumentere effekt når det gjelder pasientenes opplevelse av å lindre symptomer, å mestre sykdomssituasjonen og bli frisk eller mindre syk som følge av hjelp eller behandling hos alternativ behandler?
- Hva må til av systematisert erfaring og dokumentasjon for at behandlingen av de personlig-subjektive deler av sykdommen (*illness*) også har interesse for den ordinære helsetjenesten?

Når departementet i kapitlene nedenfor foreslår tiltak av utenomrettslig og rettslig karakter, er det med bakgrunn i den nyanseringen av sykdomsbegrepet og behandlingsbegrepet som er gjort i det foregående. Forslagene til rettslig regulering er også begrunnet i et generelt behov for større samsvar mellom regelverk og praksis blant alternative utøvere.

Det må erkjennes at sykdom, sykdomsforståelse og sykdomsprosesser kan være mangesidig. Departementet legger til grunn at enkeltindivider skal møtes med respekt uavhengig av om de selv søker å mestre sine plager, sin sykdom eller tilstand av såkalt ikke-friskhet i den ordinære helsetjenesten og hos alternative behandlere. Det avgjørende er hvor grensen går for valgfrihet for pasienten og for yrkesutøvelsen til alternative behandlere. Grensedragningen knyttes til behovet for beskyttelse både mot behandling som er skadelig i seg selv og mot behandling som er virkningsløs men kostbar. I tillegg er det grunn til å vise interesse for kunnskapsoppbygging og forskning overfor dette mangfoldet.

10.3 Forbrukerperspektivet

I politikkutviklingen overfor den private sektor av alternative behandlere legger departementet til grunn et forbrukerperspektiv, jf. pkt. 10.1. Dette ivaretas gjennom forslag av utenomrettslig karakter, jf. kapittel 11 og forslag til ny lov om alternativ behandling, jf. kapittel 12. Som omtalt i pkt. 10.1 er det en sentral avveining i hvilken grad forbruker-

hensynet skal ivaretas gjennom statlig styring, gjennom en bransjeintern styring i dialog med myndighetene eller en kombinasjon av disse.

Som omtalt i kapittel 1 og punkt 10.1, er hensynet til brukerens selvbestemmelse på den ene siden og hensynet til beskyttelse mot risiko på den andre siden en sentral avveining i politikktutviklingen på feltet. Spørsmålet er om dette kan overlates til bransjen alene eller om det bør styres av myndighetene. I hovedsak oppsøker innbyggerne den etablerte helsetjenesten når de opplever behov for undersøkelse eller behandling. Myndighetene har etablert en omfattende organisasjon for å ivareta innbyggernes behov for helsehjelp. Denne er i hovedsak finansiert av det offentlige. Samtidig er det stilt betydelige krav i lov og forskrift til virksomhetene og til den enkelte yrkesutøver i helsetjenesten, jf. kapittel 7. For pasienter som oppsøker alternative behandlere vil det være av avgjørende interesse at det stilles minstekrav til utøverne. Når mange pasienter oppsøker alternative behandlere som et alternativ eller et supplement til skolemedisin, vil det også kunne være av betydning at de krav som stilles er offentlige krav. Dette gjelder særlig i behandlingssituasjoner hvor pasientene er sårbare, og hvor det foreligger helsemessig risiko knyttet til behandlingen.

Alternativ behandling utøves i hovedsak av selvstendig næringsdrivende utenfor helsetjenesten. Virksomhetene er heller ikke knyttet opp til regionalt eller lokalt forvaltningsnivå. Det faglige innholdet i utøvelsen har med få unntak heller ingen forbindelse med offentlige utdanningsinstitusjoner eller offentlig organisert og finansiert kunnskapsutvikling og forskningsvirksomhet, jf. kapittel 6. Det er heller ikke etablert offentlige tilsyns- eller kontrollorganer som fører tilsyn med den faglige aktiviteten. Etter departementets vurdering er fraværet av forvaltningsansvar, kunnskaps- og forskningsmessige støttefunksjoner og tilsynsfunksjoner overfor alternative behandlere av avgjørende betydning for valg av styringsnivå. Faren for risiko for pasienter ved yrkesutøvelse av alternativ behandling, tilsier at rammene for yrkesutøvelsen til alternative behandlere må reguleres på myndighetsnivå. Dette skal selvfølgelig vurderes i forhold til pasientens selvbestemmelse. Pasientens selvbestemmelse er nærmere omtalt i pkt. 10.4. og kapittel 12.

Når det imidlertid gjelder mulighet til opplyste og trygge valg, er kunnskapsoppbygging inkludert forskning, kunnskapsformidling og tilgjengelighet til nøytral informasjon de viktigste stikkordene. Tradisjonelt er dette aktiviteter som ivaretas av det offentlige på samfunnsområder med stor offentlig interesse og offentlig finansiering. Eksempler her

er helsetjenesten og utdanningsfeltet. Det er ingen offentlig finansiering av den alternative behandlingen som foregår utenfor helsetjenesten. Det er heller ingen offentlig finansiering av utdanninger innen feltet. De alternative behandlere har imidlertid ikke forutsetninger eller kapasitet til å etablere en kunnskapsoppbygging og forskning som er ønskelig. Etter departementets vurdering må dette ivaretas av det offentlige. Se kapittel 11 når det gjelder spørsmålet om hvilket omfang og innretning dette skal ha. Det er imidlertid viktig at utøvermiljøene tar del i diskusjonen om utviklingen av det offentlige engasjement på feltet.

Spørsmålet er så om øvrige tiltak i politikktutviklingen kan overlates til bransjen. De aktuelle tiltak er minimumskrav til utøvernes kvalifikasjoner, krav til etiske regler og god forretningsskikk, krav til markedsføring, krav til forsvarlighet og faglig innhold i yrkesutøvelsen samt organisering av klageordninger.

Innenfor andre samfunnsområder i det private næringsliv blir tilsvarende krav i hovedsak ivaretatt av bransjen selv. Dette gjelder spesielt tjenesteytende næringer slik som for eksempel håndverksbransjen. For alle sektorer gjelder imidlertid krav til markedsføring og til prissetting, jf. kapittel 7.

Innen helsetjenesten i andre europeiske land er det lang tradisjon for at ulike forhold ved yrkesutøvelsen slik som beskrevet foran er ivaretatt av helseprofesjonenes organisasjoner. Historisk sett var det en profesjonsintern selvjustis med krav til faglighet og etablering av sanksjonssystem som var utgangspunktet blant yrkesgrupper og deres organisasjoner i Norge, før myndighetene engasjerte seg.

Det er ikke etablert noe offentlig godkjenningssystem for utdanninger innenfor alternative behandlingsformer. Departementet ønsker imidlertid å ha en aktiv holdning til feltet. I første omgang er det derfor av interesse at bransjen selv gjennom utøverorganisasjonene og i dialog med helsemyndighetene utvikler systemer som ivaretar de nevnte forbrukerhensyn. Dette ivaretas gjennom departementets forslag til registerordning, se kapittel 14 og gjennom det kontaktforum som foreslås etablert, jf. kapittel 11.

10.4 Nærmere om pasientens selvbestemmelse og muligheter til opplyste og trygge valg

Som omtalt i St.meld. nr. 26 (1999–2000) Om verdiar for den norske helsetenesta, er økt valgfrihet for pasientene en verdi ved helsetjenesten som kan bli opplevd som ny for mange. Det er et uomtvistelig

gode å kunne legge til grunn pasientens egne ressurser og kunnskaper ved vurderingen av hvilke tiltak som er aktuelle i en gitt situasjon. Innen helsetjenesten må pasientene i større grad være ansvarlige for å velge mellom flere tilgjengelige alternativer. Dette stiller krav til helsepersonell når det gjelder veiledning og formidling av kunnskap om tilgjengelige alternativer og hvordan en kan forvente virkningen av de ulike alternativene.

St.meld. nr. 26 (1999–2000) drøfter også de menneskerettsprinsipper som ligger til grunn for helsetjenestens virksomhet, blant annet basert på internasjonale konvensjoner. Samlet sett stadfester disse konvensjonene at det enkelte menneske har krav på vern om og respekt for sin integritet uten hensyn til rase, farge, språk, religion, politisk syn eller annen oppfatning, nasjonalt eller sosialt opphav, eiendom, fødsel eller andre forhold. Enhver skal ha rett til liv, frihet og personlig trygghet, og alle har rett til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk.

I de nye helselovene som trådte i kraft 1. januar 2001, la Stortinget til grunn selvråderetten som et kjernepunkt for forståelsen av hva den enkelte pasients integritet i helsetjenesten handler om. I praksis vil helsepersonell ofte stå overfor mennesker som ikke har reell mulighet til å gjøre egne valg. Dette kan skyldes den enkeltes helsetilstand, eller fordi pasienten ikke har mulighet uten videre til å kunne se rekkevidden av egne valg. Konsekvensene av dette er at helsetjenesten og helsepersonell har omfattende forpliktelser med hensyn til informasjon, slik at pasientens samtykke og valg er basert på innsikt. Også den som mangler evne til helt og fullt å ta egne valg har krav på at egen integritet blir ivaretatt. Ikke minst mennesket i en sårbar fase, som ikke framstår som sterkt og autonomt, har krav på helsepersonells forståelse og bistand til ivaretagelse av det ukrenkelige menneskeverdet. Det er få andre samfunnsinstitusjoner som så ofte møter mennesker med sviktende autonomi, der respekten for integriteten i det vesentlige består i å verne om det sårbare.

Sykdom er også ofte knyttet til svakhet. Evnen, og av og til også viljen til å ta vare på seg selv, svikter. Helsetjenesten må ta hensyn til og gi vern om retten til å være i pasientrollen når det er nødvendig.

I møtet med det sårbare og svake, står helsetjenesten i fare for å krenke menneskeverdet. Utilbørlig styring i møte med andre mennesker er en alvorlig fallgrube for helsetjenesten. Slik styring kan lett få preg av å være et overgrep for pasienten, selv om det kan være gjort i beste mening. Det lovpålagte kravet om å gi faglig forsvalig og omsorgsfull

hjelp må ses i sammenheng med respekt for menneskeverdet.

Alternative behandlere møter også pasienter som kan være i en sårbar og vanskelig situasjon. Pasientene kan for eksempel oppsøke alternativ behandler fordi de har opplevd et uheldig møte med helsetjenesten. Det kan også være fordi de ønsker å prøve alternativ behandling i en situasjon hvor det er diagnostisert en alvorlig sykdom og hvor de er blitt forespeilet at helsetjenestens behandlingsmuligheter i begrenset grad vil kunne forlenge livet deres. Slike situasjoner stiller også ekstra krav til respekt for pasientens menneskeverd hos alternative behandlere. Dette gjelder både i presentasjonen av egne behandlingsmuligheter og i omtalen av pasientens møte med skolemedisinen og dennes behandlingsmuligheter.

Brukerperspektivet står sentralt i den politiken Regjeringen ønsker å føre. Brukermedvirkning tar utgangspunkt i respekten for det enkelte menneske, og er en verdi i seg selv. Det forventes at helsetjenesten i økende grad legger avgjørende vekt på brukernes synspunkter og valg. Med valg må også her forstås respekt for pasientens valg av alternative behandlingsformer. Men for at disse valgene skal kunne bli opplyste og trygge, er det flere elementer som er av betydning. Det ene er informasjon om skolemedisinens muligheter og begrensninger i forhold til utredning, diagnostikk og behandling. Disse forhold forutsettes ivaretatt gjennom pasientenes rett til informert samtykke med motsvarende bestemmelse for helsepersonell om plikt til å informere. Det kan også hevdes at plikt til dokumentasjon, herunder bestemmelser om retting og sletting av journalopplysninger mv., er et aspekt i valgsituasjonen gjennom at konsekvensene av valgene blir sporbare gjennom den dokumentasjon som er gjort.

For det andre vil mulighetene for opplyste og trygge valg mellom skolemedisinsk behandling og alternativ behandling eller mellom ulike alternative behandlingsformer, skape behov for tilgang på informasjon. Tryggheten i valgene er blant annet avhengig av at også helsepersonell har kunnskap om alternativ behandling. Tryggheten er også avhengig av bredden i kunnskapen og mulighetene for objektiv informasjon. Alternative behandleres kunnskap om helsetjenesten, og om den hjelp som kan gis der er også av betydning. Ikke minst er det viktig at befolkningen selv har mulighet til å søke informasjon i en nøytral institusjon som kan gi objektiv informasjon.

Disse hensyn har vært avgjørende for forslagene til tiltak av utenomrettslig karakter, jf. kapittel 11.

10.5 Spørsmålet om å skille mellom seriøse og useriøse behandlere

Stortinget har i flere sammenhenger påpekt betydningen av at politikktutviklingen må bidra til å skille mellom seriøs og useriøs behandling. Seriøsitetsbegrepet er ikke drøftet i NOU 1998:21. Av Stortingets uttalelser går det fram at ønsket om å kunne skille seriøse fra useriøse dels er knyttet opp til dokumentasjon av effekt, og dels til etablering av en registerordning.

Med begrepet «seriøs» i denne sammenheng mener departementet det er naturlig å forstå seriøsitet knyttet til det innholdsmessige i yrkesutøvelsen og i måten utøverne driver kunde- eller pasientbehandling på. Dette inkluderer i hvilken grad behandlingen er basert på tilfældigheter eller på systematikk og i hvilken grad hensyn til risiko er ivare tatt. Både Aarbakke-utvalgets innstilling og Sosial- og helsedirektoratets gjennomgang av tilgjengelig dokumentasjon, viser at det er vanskelig å legge forskningsresultater til grunn for å kunne skille mellom seriøse og useriøse, jf. kapittel 6. Et krav om dokumentert effekt som uttrykk for seriøsitet, ville innebære at bare enkelte akupunkturformer kunne bli karakterisert som seriøs behandlingsform. Slik sett kan det være nærliggende at det med seriøsitet i denne sammenheng menes profesjonalitet. Stikkord kan for eksempel være faglig seriøsitet som kan omfatte innhold i og omfang av utdanning, faglige krav til yrkesutøvelse inkludert ivaretagelse av menneskeverdet, spørsmålet om informasjon til pasient om behandlingens mulige virkning og i hvilken grad den er basert på forskning eller systematisert erfaring.

Et annet stikkord kan være bransjemessig eller forretningsmessig seriøsitet. Dette kan omfatte markedsføring, bransjeinterne etiske regler, krav til god forretningsmessighet og systemer for kvalitets sikring, samt etablerte klagemuligheter for pasient/bruker.

I et forbrukerperspektiv vil alle disse elementene ha betydning. Spørsmålet er om dette skal ivaretas på myndighetsnivå, eller om det skal overlates til bransjen.

I de fleste bransjer og spesielt innen helsetjenesten, er forutsetningen for å kunne drive yrkesvirksomhet at man har et minimum av definerte kvalifikasjoner i form av godkjent utdanning og opplæring. I helsetjenesten er myndighetene godkjenningorgan. Det forutsettes også at undervisningen i utdanningen i hovedsak er basert på forskning og systematisert erfaring. Definerte minstekrav til utdanning skaper forutsigbarhet for brukerne og for andre med hensyn til hvilke kvalifikasjoner vedkommende utøver forventes å ha.

Slike krav stilles ikke for å kunne drive alternativ behandling. Her vil imidlertid utøverorganisasjoner kunne stille krav om utdanning for at vedkommende skal kunne bli medlem av organisasjonen, og dermed kunne bruke det i markedsføringsøyemed.

I tillegg til krav om utdanning stiller helselovgivningen omfattende krav til yrkesutøvelsen, jf. kapittel 7. Dette inkluderer også offentlige klageordninger.

I første omgang har departementet sett det som aktuelt at tiltak for å skille seriøse fra useriøse utøvere tar utgangspunkt i bransjemessige og forretningsmessige forhold. Sentralt her er den foreslåtte registerordningen, og de vilkår som stilles overfor organisasjonene og deres medlemmer. Dette vil kunne få virkning på kort sikt gjennom å fastsette en forskrift som regulerer feltet. Se nærmere kapittel 14.

Av langsiktig karakter er det også nødvendig med tiltak angående det faglige innholdet i yrkesutøvelsen. I første omgang foreslås myndighetenes innsats her å være av utenomrettslig karakter. Det sentrale vil være en økning i forskningsaktiviteten, etablering av informasjonsbank og utredning om enkelte utdanninger og behandlingsformer. Dessuten vil etablering av et kontaktforum og tilskudd til en sekretariatsfunksjon være viktig. Se nærmere om forslagene i kapittel 11. Det er av stor betydning at de sentrale problemstillinger som er knyttet til pasientens selvbestemmelsesrett, respekt for menneskeverd, ivaretagelse av integritet og brukermedvirkning, blir tatt opp i så vel utøverorganisasjonene som i de utdanninger som er etablert. Vilje og evne til å kunne la disse forholdene prege utdanningen og organisasjonenes etiske regler, vil kunne ha betydning for mulighetene for framtidig integrering med helsetjenesten. Departementet ser det derfor som aktuelt at tiltakene for å skille seriøse fra useriøse består av mange elementer som sammen skal trekke i samme retning. Flere av tiltakene vil styres av myndighetene, mens andre foreslås som bransjeinterne. Noen av de sistnevnte tiltakene kan iverksettes i samarbeid med myndighetene.

10.6 Forutsetninger for samarbeid og økt integrering med helsetjenesten

I diskusjonen om samarbeid og integrering mellom alternative behandlere og helsetjenesten, er det minst to sentrale spørsmål som reises. Det ene er på hvem sine premisser slikt samarbeid og aktuell

integrering skal foregå. Det andre er hva som skal være minstekrav til samarbeid og integrering.

Som belyst i så vel kapittel 7 som foran i dette kapitlet, stilles det betydelige krav til helsetjenesten og til helsepersonell. Av hensyn til sikkerhet for pasientene og kvalitet i helsetjenesten er det nødvendig at de samme krav stilles til alternative behandlingsformer og til alternative utøvere i forbindelse med integrering i helsetjenesten. Av hensyn til disse utøvere og til de alternative behandlingsformer vil det heller ikke være i noens interesse å operere med forskjellige faglige og rettslige krav til yrkesutøvelse innad i den organiserte helsetjenesten.

Den største utfordringen knyttet til samarbeid og integrering dreier seg antagelig dels om helse-tjenestens manglende kunnskap om alternative behandlingsformer, dels om mangel på forskning og systematisert erfaring angående mange av de alternative behandlingsformene og dels at mange alternative behandlere har mangelfull kjennskap til behandlingsprinsipper og -former som ligger til grunn for den ordinære helsetjenesten. I kapittel 5 gis det en omtale av den skepsis til samarbeid og integrering som etter departementets oppfatning eksisterer blant de alternative utøverne. Det framgår av kapitlet at det er stort sprik i oppfatningen av hvorvidt slikt samarbeid og integrering er ønskelig eller ikke.

Når det gjelder minstekrav til samarbeid og integrering ligger helsetjenestens rammevilkår som en grunnforutsetning. Samarbeidet og integreringen bør også ta utgangspunkt i alternative behandlingsformer, og en vurdering av disse behandlingsformenes aktuelle område for samarbeid og integrering. Begrunnelsen er at disse behandlingsformene nettopp representerer det nye og det alternative i forhold til den etablerte helsetjenesten. Det er disse behandlingsformene som skal tilføre nye behandlingsmuligheter for pasientene, enten som alternative eller som komplementære behandlinger. Begrensningen og dermed også utfordringen er den manglende dokumentasjon som foreligger. Det krever systematikk i planlegging og gjennomføring som sikrer krav til forsvarlighet og etterlevelse av de plikter som fremgår av aktuell tjenestelovgivning, helsepersonellov, pasientrettighetslov og annet relevant regelverk. Utfordringen består videre i helsetjenestens vilje til å sette seg inn i grenseflatene mellom de alternative behandlingsformer og eget fagområde, og i alternative behandleres evne og vilje til å forstå og etterleve helsetjenestens rammevilkår og krav til virksomhet.

Etter departementets oppfatning er det derfor nødvendig at helsepersonell og de delene av helse-

tjenesten som ønsker et systematisert samarbeid og integrering, formulerer krav til kvalifikasjoner hos de alternative utøverne og til innhold i samarbeidet. Samtidig er det viktig at de alternative utøvere beskriver sine behandlingsformer, og formulerer forutsetninger for at de alternative behandlingsformene skal kunne fungere som et alternativ eller et supplement til skolemedisin. Dette vil gjelde enten samarbeidet skal være av tidsbegrenset karakter, etableres som en varig ordning eller hvis utøverne ønsker et offentlig engasjement.

10.7 Helsemyndighetenes tilnærming – myndighetsutøvelse, dialog med bransjen, eller en kombinasjon

De fleste utøverorganisasjonene er kommet til i løpet av de siste 10 – 20 år. Foreningene er små, og har begrenset kapasitet til å utvikle en organisasjonspolitikk og et aktivt samarbeid med helsemyndighetene, se vedlegg 3. For myndighetene kan det derfor bli en utfordring å forholde seg til feltet i en aktiv politikkutvikling.

Av hensyn til pasientenes sikkerhet mener departementet det er nødvendig med et lovverk som setter rammer for utøvere som yter helserelaterte tjenester og hvor det ikke stilles myndighetskrav til vedkommendes faglige kvalifikasjoner. Det vises her til drøfting foran i pkt. 10.5.

Spørsmålet er hvor mye av de øvrige tiltakene i politikkutviklingen som skal overlates til bransjen alene, eller gjennomføres i et samarbeid med helsemyndighetene.

Som beskrevet i kapitlene 8 og 11 har Sundhedsstyrelsen i Danmark i mange år hatt et råd for alternativ behandling. I Storbritannia er utviklingen basert på en profesjonell selvregulering. Samtidig er det etablert en dialog mellom helse- og utdanningsmyndigheter, forskningsmiljøer, representanter for brukere og utøvere. Slik departementet oppfatter det har dette i vesentlig grad bidratt til å skape en felles forståelse for betydningen av kontinuerlig etterutdanning og videreutdanning, og for profesjonell adferd i klinisk virksomhet med vekt på sikkerhet og kvalitet.

Når utøverorganisasjonene har innflytelse på hvilke krav som bør stilles til den enkelte behandler, og når nytten av å stille slike krav erkjennes, kan kvalitetsutvikling sannsynligvis gjennomføres langt mer effektivt enn om det kommer som pålegg fra myndighetene. Dette betyr at forskrift om registerordning bør utarbeides i et samarbeid med ut-

øverorganisasjonene. Slikt samarbeid vil skape gode forutsetninger for at forskriften oppleves som viktig og bidrar til at flest mulig av de alternative utøverne lar seg registrere og at organisasjonene etablerer de ordingene som stilles som vilkår for registrering.

Sammenlignet med for eksempel Storbritannia er utfordringene i Norge knyttet til utøverorganisasjonenes størrelse. Hvis helsemyndighetene ønsker å oppnå den ønskede effekt av et samarbeid med organisasjonene, basert på at krav til faglig virksomhet i første omgang skal utvikles innen bransjen selv, må myndighetene også bistå med ressurser. Dette er omtalt i pkt. 11.4.

Som beskrevet i kapittel 4 og i vedlegg 2 og 3 utgjør alternativ behandling en sekkebenevnelse på et stort mangfold av ulike utøvere og behandlingsformer. Dette gjør det lite hensiktsmessig å gå lenger i myndighetsstyring enn det departementet nå foreslår. Innholdet i de forslagene som fremmes i denne proposisjonen av både rettslig og utenomrettslig karakter, vil kunne være starten på en utviklingsprosess hvor nye tiltak kan vurderes og iverksettes når nytt beslutningsgrunnlag foreligger. Nytt grunnlag kan være utredninger, ny viten fra forskning, utøverorganisasjonenes dokumentasjon av standardisering av utdanninger, systematikk i krav til faglig virksomhet, klageordninger mv.

11 Vurdering av andre virkemidler enn rettslig regulering

11.1 Innledning

Som drøftet foran i kapittel 10 legger departementet til grunn flere hensyn for sine vurderinger og forslag til tiltak når det gjelder andre virkemidler enn rettslig regulering. De mest sentrale hensyn er målsettingen om å ivareta pasientenes sikkerhet og beskyttelse mot risiko, og ivareta deres selvbestemmelsesrett. Mer konkret innebærer det å styrke befolkningens valgmuligheter med hensyn til behandlingstilbud, og gi dem muligheten for å ta trygge og reelle valg.

I Stortingsmelding nr. 26 (1999–2000) Om verdier for den norske helsetenesta, påpekes det behov for å styrke forskningen på feltet, vurdere opprettelse av en informasjonsbase, etablere en kontaktgruppe samt bidra til økt kunnskap og økt forståelse for den plass alternativ behandling har i samfunnet.

Videre er målsettingene for tiltakene som vurderes:

- Et effektivt og godt helsevesen, herunder forutsigbarhet og sikkerhet ved bruk av behandlingstjenester.
- Trygghet for at syke får nødvendig behandling.
- En god folkehelse.
- En rasjonell utnyttelse av samfunnets ressurser.
- Alternative behandleres frie yrkesutøvelse.

Det er en særskilt utfordring innen alternativ behandling at det er få tilgjengelige kilder som gir nøytral informasjon om behandlingene og effekten av dem, jf. kapittel 6. Det er i liten grad skilt mellom pålitelig og upålitelig forskning. Oppdateringsproblemet er også stort, og ingen har ansvar for formidling. Det er derfor behov for å gjøre pålitelig, oppsummert og oppdatert kunnskap om dokumentert effekt lett tilgjengelig for befolkningen, alternative behandlere, helsepersonell, beslutningstakere i helsetjenesten og myndighetene.

For befolkningen finnes det få og vanskelig tilgjengelige aktører som formidler sikker og nøytral informasjon om alternative behandlinger og om kunnskapsgrunnlaget for disse behandlingene. Departementet mener det derfor er behov for å styrke befolkningen/enkeltpersoners mulighet til å ta

overveide valg, og bidra til å redusere antall pasienter som utsettes for utnytting eller uønsket behandling.

11.2 Kunnskapsoppbygging og forskning

11.2.1 Innledning

I tillegg til rettslige reguleringer vil kunnskapsoppbygging stå sentralt i politikkutviklingen på feltet. Den første Bondevik-regjering uttalte i St.meld. nr. 26 (1999–2000) Om verdier for den norske helsetenesta følgende:

«(D)et er eit viktig prinsipp at pasientane sjølv skal ha fridom til sjølv å velje mellom ulike helsetenester, også utanfor det som tradisjonelt har vore ein del av den norske helsetenesta. Det er difor viktig at kunnskapen om alternativ medisin aukar, og at pasientane får høve til å dra nytte av desse kunnskapane slik at valfridomen blir meir reell og tryggleiken for pasientane blir styrkja.»

Kunnskapsoppbyggingens viktigste formål bør være å gi et bedre beslutningsgrunnlag til både myndighetsnivå, administrativt nivå og klinisk nivå, jf. kapittel 6. I verdimeldingen understrekes det at kunnskapsoppbyggingen også kan gjøre brukerne bedre i stand til å gjøre informerte valg. Et viktig hensyn er dessuten hvilke sider ved kunnskapsoppbygging som bare kan gjennomføres i norsk eller nordisk kontekst, og i hvilken grad vi kan nyttiggjøre oss internasjonale erfaringer.

11.2.2 Forslag i NOU 1998:21 Alternativ medisin

Aarbakke-utvalget foreslo følgende tiltak:

1. At det tilrettelegges for et vitenskapelig forskningsmiljø og forskerutdanning i alternativ behandling, gjerne ved etablering av et eget universitetstilknyttet senter. Senteret skal fungere som kompetansesenter også for andre som forsker på alternativ behandling.

2. Forskningsinnsatsen innen alternativ behandling økes, ved å tilføre midler til forskningsrådet og det foreslåtte senteret. Sentrale mål for forskningen bør være dokumentasjon for effekter og bivirkninger, samt innsikt i virkningsmekanismer. Grunnet behandlingens egenart vil det være aktuelt å anvende et mangfold av forskningsmetoder.
3. Det tilrettelegges for komparative studier og samarbeidsprosjekter mellom etablert medisin og alternativ behandling.

11.2.3 Høringsinstansenes syn

Ni høringsinstanser støtter opprettelse av et forskningssenter. *Universitetet i Oslo* går mot forslaget.

De fleste som uttaler seg stiller seg positive til økt satsing på forskning. De samme motsetningene som omtalt i pkt. 6.1.3 om effektvurdering gjør seg gjeldende i synet på hvilke kriterier forskningen bør følge, og hva slags forskning som bør vektlegges. Enkelte synes volumet som foreslås er for stort i forhold til øvrig medisinsk forskning.

Mange av høringsinstansene støtter forslagene på generelt grunnlag. De som har innvendinger begrunner sine synspunkter i hovedsak med mangel på vitenskapelig basert kunnskap innen alternativ behandling. Særlig sykehusene ser flere problemer ved forslaget. *Fylkeslegen i Nordland* mener pasienter skal ha garanti for at helsetjenestens behandling er basert på god erfaring og vitenskapelig dokumentasjon. *Regionsykehuset i Tromsø* mener man bør opprettholde et klart skille mellom alternativ behandling og kunnskapsbasert medisin, slik at pasientene forstår når de benytter hvilke type tilbud. *Sentralsykehuset i Møre og Romsdal* mener et formalisert samarbeid vil gi store problemer med hensyn til ansvarsforhold. *Norske naturterapeuters hovedorganisasjon (NNH)* mener myndighetene bør utrede hvordan trygdemidler kostnadseffektivt kan brukes til å fremme alternativ behandling med forebyggen- de formål. *Forbundet tenner og helse (FTH)* mener departementet bør etablere ekspertgrupper som blant annet skal vurdere medisinen og alternativterapiens tilbud, utarbeide oversikt over kunnskapsgrunnlag og resultat av behandling, og vurdere i hvilken grad offentlige helseoppgaver kan overtas av alternative terapeuter. *Norske akupunktørers hovedorganisasjon (NAHO)* mener man på grunnlag av bedret dokumentasjon bør etablere forpliktende samarbeidsfora mellom offisiell medisin og de alternative utøverorganisasjonene.

11.2.4 Departementets vurderinger

11.2.4.1 Hva slags forskning trenger vi?

Departementet har lagt størst vekt på å vurdere hvilken type forskning som bør prioriteres, og hvordan denne bør organiseres. Som omtalt i pkt. 6.1.4 mener departementet det er behov for en bred tilnærming i forskningen angående alternativ behandling. Dette gjelder tematisk i forhold til hva slags effekter som undersøkes, og metodisk i forhold til hvordan undersøkelser utformes. Effekt kan både handle om kurerende, forebygging og rehabilitering av sykdom, lindring av symptomer, samt selvopplevd bedring og mestring av sykdomssituasjonen. Pasientens opplevelser av å bli møtt med respekt og bli lyttet til har også stor betydning for kvaliteten på selve behandlingsrelasjonen. Alternative behandlere er ofte mer opptatt av at forskning bør vurdere hvordan helheten i behandlingstilbudet virker på pasienten, enn av å spore effekten av det enkelte tiltak som inngår i denne helheten. Selv om det eventuelt dokumenteres effekt av et slikt samlet tilbud, er det en metodisk og praktisk utfordring å avgjøre hvordan denne kunnskapen kan anvendes i helsetjenesten.

Myndighetene og helsetjenesten har behov for å tilrettelegge for og anvende de til enhver tid mest medisinsk effektive og kostnadseffektive behandlingsmetoder, med sikte på best mulig resultat for pasientene. For å kunne foreta en reell prioritering mellom tiltak, må det foreligge dokumentasjon for disse formene for effekt. Derfor er det viktig å styrke effektforskning som gjør det mulig å bedømme nytte og unytte av ulike alternativ behandlinger i forbindelse med eventuell integrering av alternativ behandling i helsetjenesten. Resultatene av effektforskning vil også være av betydning for brukerne av alternativ behandling, og dermed et viktig element i ivaretagelsen av et forbrukerperspektiv.

Veksten av alternativ behandling er blant annet et uttrykk for misnøye med tilbudet i helsetjenesten eller møtet med helsetjenesten, eller at helsetjenesten «kommer til kort» med å hjelpe pasienter. Eksempler er at pasienten opplever å være syk, men skolemedisin klarer ikke å finne eller stille diagnose. Det er derfor også av interesse å forstå bedre hvilke sider ved alternativ behandling som kan være en forklaring på denne økningen, og hva helsetjenesten kan lære av de alternative behandlernes og deres behandlingsformers antatte fortrinn. Forskning om utviklingen i befolkningens bruk av og holdninger til alternativ behandling og graden av faktisk integrering i helsetjenesten er derfor av interesse. Helsemyndighetene har behov for kunnskap også om trender i befolkningens hel-

seaterferd og helserelaterte behandlingstilbud som kan ha uheldige sider.

Departementet ser behov for en økt forskningsinnsats. For det første trenger vi ny kunnskap og bedre oversikt over den kunnskap som allerede finnes. Det er også viktig å bygge opp et noe større miljø av norske forskere som kan følge utviklingen internasjonalt, ikke minst delta i diskusjonen om adekvate metoder. Spørsmålet er innen hvilke organisatoriske rammer dette skal foregå. NFRs program for pasientnær klinisk forskning og alternativ medisin har som formål en økt viten om effekt, jf. pkt. 6.1.1. Som omtalt i kapittel 6 står kliniske tester sentralt i medisinsk kunnskapsutvikling, og forskningen drives fram av land med langt større økonomiske og faglige ressurser enn Norge. Effektforskning basert på randomiserte kliniske tester er ofte svært kostnadskrevende. Det kan derfor være hensiktsmessig at Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) og andre forskere finansiert av NFR knytter seg til for eksempel internasjonale multisenter-studier som har klinisk effekt som forskningstema.

Imidlertid er det også viktig å vurdere hvordan effekt-begrepet kan nyanseres og videreutvikles, jf. kritikken fra høringsinstansene og presiseringene angitt over. NFR og NAFKAM bør vurdere om alternative utøvermiljøer skal konsulteres i forbindelse med utforming av de enkelte forskningsprosjekter. Det er videre ønskelig at NFR vurderer oppsummert kunnskap i forbindelse med søknadsbehandling, jf. pkt. 6.2, slik at man unngår at forskningsressurser brukes på spørsmål som alt er besvart. Når det gjelder forskning på lindrings- og mestringsaspekter og selvopplevd bedring, har den kulturelle og helsepolitiske kontekst betydning for hvordan resultatene kan fortolkes. Derfor er samarbeid i Norden verdifullt. Etter departementets oppfatning er det hensiktsmessig å øke tilskudd til effektforskning i videre forstand i regi av NFRs program. Det vil også være hensiktsmessig at Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) forvalter egne midler, jf. pkt. 6.1, i et samarbeid med andre forskningsmiljøer både nasjonalt og internasjonalt.

11.2.4.2 Faglig og organisatorisk utvikling av NAFKAM

Departementet legger til grunn at Aarbakke-utvalgets forslag til oppbygging av et vitenskapelig miljø gjøres med basis i NAFKAM som en etablert og anerkjent institusjon. Spørsmålet er om oppbyggingen skal skje i Tromsø alene, eller også i et organisert samarbeid med miljøer i andre byer. NAFKAM

har foreslått en opptrapping over tre år. Denne innebærer utvidelse av senteret i Tromsø og etablering av «satellitter» ved universitetene i Oslo, Trondheim og Bergen.

Når det gjelder forskning innen alternativ behandling legger departementet til grunn at forskningen skal ha en bred tilnærming til effekt-begrepet, og at forskning om befolkningens bruk av alternativ behandling også prioriteres. Spørsmålet er i hvilken grad NAFKAM i tillegg til forskningsaktiviteter også skal ha rådgivningsfunksjoner på forespørsel fra myndigheter, andre forskningsmiljøer, kliniske utøvere, media, internasjonale organisasjoner og samarbeidspartnere. Aktuelle rådgivningsoppgaver kan spesielt være:

1. Rådgivning om informasjon og kunnskap om alternativ behandling ved helsefaglige utdanninger.
2. Rådgivning om opplæring i visse alternative behandlingsmetoder som viser seg å ha dokumentert eller mulig dokumentert effekt.
3. Rådgivning om/evaluering av eventuelle samarbeidsprosjekter mellom helsetjeneste og alternative behandlere som gjøres til gjenstand for evaluering.

I første omgang vil det være viktig at Tromsø-miljøet konsolideres med en økning av basisbevilgningen, slik at senteret utgjør minimum 4–5 fagstillinger. Hvor raskt og i hvilket omfang satellitter bør etableres ved øvrige universiteter kan diskuteres. Etter departementets oppfatning bør Oslo-området prioriteres. Begrunnelsen er at det er her den største konsentrasjonen av utøvere befinner seg, og at det kan åpne for samarbeid med sentrale medisinske forskningsmiljøer. Det aktuelle miljø ved Universitetet i Oslo har også god kompetanse på samfunnsvitenskapelige tilnærminger til temaet. Departementet tar sikte på at opptrappingen i Tromsø kan starte i 2003.

Etter departementets oppfatning er det viktig at forskningsaktiviteten og NAFKAMs bidrag til kunnskapsoppbygging prioriteres framfor de nevnte rådgivningsfunksjoner og eventuell undervisning. Dette er spesielt viktig i startfasen, med en liten stab personellressurser. Enklere rådgivningsoppgaver kan i noen grad ivaretas av en informasjonsbank, jf. pkt. 11.3. Imidlertid vil NAFKAM i egenskap av nasjonalt fagmiljø også i fremtiden måtte påregne en del representative oppgaver. Dette utgjør i dag en ikke ubetydelig del av virksomheten. Utvidelsen av forskningsaktiviteten bør romme forskning knyttet til effekt av alternativ behandling både på de selvopplevde sider ved sykdom og helseplager, lindring av symptomer, evnen til egen

mestring, og pasientens møte med helsetjenesten og alternative behandlere. I denne sammenheng er et nordisk samarbeid interessant.

Det forutsettes at senteret sørger for kunnskapsspredning av sin forskning. Dette bør bl.a. gjøres i samarbeid med den informasjonsbank som foreslås etablert, jf. pkt. 11.3.

Departementet vil vurdere den organisatoriske forankring av NAFKAM i samarbeid med NFR og Universitetet i Tromsø. Dette vil bli redegjort for i framtidig budsjettssammenheng.

Samarbeid om forebygging, utprøving og behandling

Når det gjelder samarbeidsprosjekter mellom helsetjenesten og utøvere av alternativ behandling, er spørsmålet hvilke pasientgrupper eller behandlingsområder dette bør omfatte, og hvordan prosjektene bør organiseres og finansieres. Eksempelvis kan følgende pasientgrupper være aktuelle: Personer med diffuse plager som fibromyalgi, kronisk tretthetssyndrom, amalgamsyke, kroniske smertetilstander etc., og personer med astma, allergi og residiverende infeksjoner. Det kan også være aktuelt å samarbeide med alternativt orienterte leger om prosjekter angående utredning og behandling knyttet til kosthold og ernæring.

Slike prosjekter kan være velegnet til å signalisere åpenhet, nysgjerrighet og interesse for alternativ behandling, for å prøve ut mulig effekt for eksempel med hensyn på lindring og mestring. På den annen side kan det være usikkerhet med hensyn til både gjennomførbarhet og verdien av de kliniske resultatene. Det kan være vanskelig å generalisere fra funnene, fordi den interesse som blir pasientene til del i slike forsøk i seg selv kan ha betydelig effekt. Uansett valg av samarbeidsprosjekter, vil dette være aktiviteter som innebærer integrasjon med helsetjenesten. Det betyr at pasientperspektivet i helselovgivningens forstand må ivaretas også av de alternative utøverne som deltar, jf. kapittel 10.

Departementet legger likevel avgjørende vekt på læringseffekten og det bedrede samarbeidsklima som kan skapes gjennom slike prosjekter. Kvinnehelse-perspektivet kan være spesielt viktig, da det er betydelig forskjell i omfanget av de to kjønns bruk av alternativ behandling. Initiativ til samarbeidsprosjekter bør være et tema for det foreslåtte kontaktforum, se pkt. 11.3. Initiativ kan også komme fra miljøer lokalt. Departementet anser det som mest relevant at Sosial- og helsedirektoratet forvalter aktuelle tilskuddsmidler til slike prosjekter, på lik linje med tilskuddsmidler til prosjektarbeid i helsetjenesten for øvrig.

11.2.5 Departementets forslag

Økning av forskningsinnsatsen

Departementet foreslår en styrking av NFR-programmet, og av NAFKAMs mulighet til å initiere og drive forsknings- og utviklingsarbeid. Forskningsaktivitetens faglige perspektiv må utvides med en bred tilnærming til effekt-begrepet, og skal også omfatte befolkningens bruk av alternativ behandling. Aktivitetene finansieres innen rammen av de årlige forskningsbevilgninger.

Etablering av forskningsmiljø

NAFKAM videreutvikles som landsdekkende funksjon med kontakter mot øvrige universiteter og med bred internasjonal kontakt og samarbeid. I første omgang etableres en «satellitt» ved Universitetet i Oslo. Forskningsaktivitet prioriteres framfor andre funksjoner i en oppbyggingsfase.

Samarbeidsprosjekter

Departementet foreslår statlig tilskudd til samarbeidsprosjekter mellom alternative behandlere og helsetjenesten og som forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet.

11.3 Informasjonsvirkosomhet og samarbeid

11.3.1 Innledning

Som beskrevet i kapittel 10 er det et sentralt mål at befolkningen gis muligheter til trygge og reelle valg når det gjelder alternativ behandling. En viktig forutsetning for sikre valg, er at befolkningen og helsetjenesten har tilgang til informasjon om alternative behandlingsformer. I tillegg er det behov for at helsemyndighetene innleder et systematisert samarbeid med alternative behandlere, primært via deres organisasjoner.

Det er rimelig å tenke seg at helsepersonell jevnlig møter pasienter som anvender alternativ behandling i tillegg til den behandlingen de får i den ordinære helsetjenesten. I den sammenheng vil det være behov for helsepersonell å ha tilgang til sikker og nøytral informasjon om feltet.

11.3.2 Forslag i NOU 1998:21 Alternativ medisin

Aarbakke-utvalget mener at sentrale helsemyndigheter bør ta et visst ansvar for å gi befolkningen og helsetjenesten nødvendig informasjon om alterna-

tiv behandling. Dette kan gjøres ved å samle, systematisere og videreformidle eksisterende kunnskap.

Informasjonsbank

Utvalget foreslår at det opprettes en «informasjonsbank» om alternativ behandling i offentlig regi. En slik informasjonsenhet gjør det mulig at aktuell informasjon samles og gjøres tilgjengelig for befolkningen. Informasjonsbanken bør inneholde oversikt over hvilke alternative 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 departementet eller legges ved et forskningssenter jf. pkt. 11.2.

11.3.3 Høringsinstansenes syn på forslaget i NOUen

Forslaget om å etablere en informasjonsbank, støttes av de fleste høringsinstansene som har avgitt uttalelse. De fleste legger vekt på at informasjonen som banken videreformidler på en eller annen måte må være kvalitetssikret, eksempelvis at «banken» bør kunne gi opplysninger om dokumentasjonsgrunnlag for den informasjonen som videreformidles.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke mener det er viktig å øke kunnskapen om alternativ behandling både i helsevesenet og i befolkningen generelt, og støtter forslaget om opprettelse av en informasjonsbank. Banken bør:

«...legges til et forskningssenter for å sikre ajourføring og oppdatering av kunnskapen.»

Tidligere *Statens institutt for folkehelse* (nå Nasjonalt Folkehelseinstitutt) har høstet erfaringer fra lignende arbeid, det vil si å gjøre det lettere for ulike brukere å få tak i og vurdere/nyttiggjøre seg forskningsbasert informasjon. Instituttet skriver i sitt hørings svar at de derfor kan påta seg deler av denne oppgaven om det skulle være interesse for det.

Flere av de som støtter forslaget, ser problemer ved den nærmere utformingen av en slik informasjonsbank. *Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet* tviler på at Universitetsbiblioteket vil være hensiktsmessig. Heller ikke universitetet anses som egnet da oppgaven er mer omfattende enn det som naturlig hører inn under universitetets formidlingsansvar og -oppgaver.

Statens helsetilsyn er mer kritisk til forslaget om opprettelse av en informasjonsbank, og skriver:

«Vi mener (...) at erfaringene med informasjonsbanker ikke gir støtte til forslaget.»

Dersom forslaget likevel realiseres understreker *Statens helsetilsyn* at:

«... når man tar stilling til hvilken institusjon en slik informasjonsbank skal være tilknyttet, bør man finne en ordning som ikke gir inntrykk av at det offentlige inntar for den informasjonen som finnes i banken. Vi vil derfor gå i mot at en slik informasjonsoppgave legges til sentral helsemyndighet.»

11.3.4 Departementets vurdering

Det sentrale spørsmålet er hvordan helsemyndighetene kan bidra til at befolkningen kan settes i stand til å ta trygge og reelle valg. I tillegg er det ønskelig at alle beslutningsnivåer i helsetjenesten har tilgang til nøytral informasjon om alternativ behandling.

Når det gjelder den konkrete utformingen av offentlig organisert informasjonsvirksomhet, er det en vurdering hvorvidt det bør opprettes en egen informasjonsbank, slik Aarbakke-utvalget foreslår, eller om informasjonsbehovet kan ivaretas bedre på annen måte, for eksempel gjennom bedre bruk av nettstedet til Cochrane-samarbeidet. For en grundigere omtale av Cochrane, se pkt. 6.2.

Cochrane-samarbeidets viktigste formål er kunnskapssammenstilling. I tillegg finnes det et nettsted med informasjon om resultatene av denne kunnskapsoppbyggingen. Spørsmålet i dette avsnittet er hvorvidt informasjonen som finnes på Cochranes nettsted, kan og bør gjøres mer tilgjengelig som et ledd i arbeidet for å tilby befolkningen sikker og nøytral informasjon om alternativ behandling.

Departementet ser det er behov for å holde oversikt over og rydde opp i hva som finnes av forskning når det gjelder alternativ behandling. Dette skyldes at pålitelig forskning ikke er lett tilgjengelig, og at det kan være vanskelig å få oversikt over ny forskning. Cochrane-samarbeidet er et forsøk på å rydde «i det medisinske arkivrom», og inkluderer kunnskapsoppsummeringer om både medisinske behandlinger og alternative behandlinger.

En informasjonsbank slik det foreslås av Aarbakke-utvalget vil være en nyskaping i Norge, mens Danmark har hatt en slik informasjonsbank siden 1998. USA har i tilknytning til National Institute of Health etablert et offentlig forsknings- og dokumentasjonssenter om alternativ behandling, som

også rommer en informasjonsbank. I Storbritannia finnes tilsvarende tilbud i halvoffentlig regi, jf. omtale i pkt. 6.1.2.

Potensielle brukere av alternativ behandling er den viktigste målgruppen i første omgang. Informasjonsbanken bør kunne tilby opplysninger om:

- Hvilke behandlingsformer og utøvere finnes i Norge?
- Hva tilbyr de og hvor befinner de seg?
- Hva innebærer det å være registrert utøver, og hvilke krav kan stilles til dem?
- Hvilken utdanning har utøverne?
- Hva er forskjeller og likhet mellom behandling a, b og c?
- Hvor kan man henvende seg for å få vurdert effekt av en behandling?
- Finnes det klageordninger?
- Hvilke samarbeidsprosjekter foregår?
- Hvilke forskningsprosjekter foregår?

Nettstedet til Cochrane-samarbeidet inneholder hovedsakelig informasjon om hvorvidt en behandling kan sies å ha dokumentert effekt på bestemte sykdommer/plager. Det inneholder ingen beskrivelser av behandlingsformer, utdanninger, juridiske reguleringer med mer. Videre anses informasjonen som ligger på Cochrane-nettstedet for å være lite tilgjengelig. All informasjon gis på engelsk og målgruppen synes primært å være helsepersonell og forskere. Det vil derfor være en større redaksjonell oppgave å gjøre innholdet mer tilgjengelig.

I Norge er Cochrane-samarbeidet forankret i Sosial- og helsedirektoratet. En del av diskusjonen vil derfor bli om helseforvaltningen bør ha en slik informasjonsoppgave. En mulig konsekvens ved en slik løsning, er at det kan bli vanskelig å skille mellom nøytral informasjon om en behandlingsform og hvorvidt helsemyndighetene anser behandlingsformen for allment godkjent.

Fordelene med å opprette en informasjonsbank er at informasjonen kan tilpasses det informasjonsbehov befolkningen har. Etter departementets vurdering bør dette være en nøytral instans. Derfor bør en informasjonsbank organisatorisk sett plasseres utenfor helseforvaltningen.

11.3.5 Departementets forslag

Departementets målsetting er å styrke befolkningens mulighet til å ta overveide valg. Derfor må den informasjonen som gis, være lett tilgjengelig. Det er viktig å unngå misforståelser om informasjon om en behandlingsform er en ren forbrukerrettet beskrivelse, eller om det innebærer en offentlig god-

kjenning av behandlingsformen. Dette kan unngås ved å forankre slikt informasjonsarbeid utenfor forvaltningen. Departementet foreslår derfor at det opprettes en egen informasjonsbank. Videre ønsker departementet at norske fagmiljøer fortsatt bidrar i Cochrane-samarbeidet.

Organisatorisk sett kan informasjonsbanken for eksempel plasseres i tilknytning til Universitetet i Tromsø, der også NAFKAM (Nasjonalt forsknings-senter innen komplementær og alternativ medisin) er etablert. Departementet vil vurdere den organisatoriske forankringen i forbindelse med fremtidige budsjettforelegg.

11.3.6 Helsemyndighetenes samarbeid med utøverorganisasjonene

Innledning

I 1995 anmodet Stortinget om opprettelse av en referansegruppe for alternative behandlere, samtidig med at man ba om en utredning om alternativ behandling (Aarbakke-utvalget). Referansegruppen ble opprettet av departementet våren 1996, og fungerte som rådgivende organ for departementet frem til fremleggelsen av NOU 1998:21 Alternativ medisin. Sosial- og helsedirektoratet opprettet gruppen på ny i forbindelse med deres oppdrag for departementet i arbeidet med denne lovproposisjonen. Referansegruppen har til nå bestått av 11 interesseorganisasjoner for alternative behandlere, og representerer til sammen om lag 3400 utøvere.

Referansegruppens bidrag har vært av stor betydning for helsemyndighetenes arbeid, og gruppen har fungert som et forum for toveis kommunikasjon hvor myndighetene og representanter for alternative behandlere har utvekslet og videreformidlet relevant informasjon. Erfaringene herfra gjør at departementet ser det som aktuelt å videreføre et systematisk samarbeid.

Også erfaringer fra andre land tilsier at et slikt samarbeid er av interesse. I Danmark opprettet Sundhedsstyrelsen et råd vedrørende alternativ behandling i 1985. Rådet består av representanter fra utøverorganisasjoner og helsemyndighetene. Hensikten er å etablere dialog mellom ordinære helse-tjenester og alternative behandlere, iverksette forskning- eller utredningsarbeid, samt fremme kjennskap til og gjensidig forståelse for ulike behandlingsformer innen ordinær og alternativ behandling. Rådet har iverksatt forskningsprosjekter, deltatt i utgivelsen av Sundhedsstyrelsens rapporter om alternativ behandling, samt bidratt til bedre samarbeid og større enighet blant utøverorganisasjonene.

Departementets vurdering

Helsemyndighetene har behov for dialog med miljøene for alternative behandlere. Det sentrale vurderingstema er innholdet og formen på et slikt samarbeid. Alternative behandlere nås ikke gjennom ordinære kanaler i helsetjenesten, og helsemyndighetene har derfor pr. i dag lite og i noen grad tilfeldig samhandling med disse utøvermiljøene. Samtidig er det ønskelig fra myndighetenes side å kunne gi styringssignaler og incitamenter til utøverorganisasjonene, samt bidra til at utøverorganisasjonene selv driver frem en ønsket utvikling. Det gjelder på en rekke områder, for eksempel innen forskning, fagutvikling, utdanning og organisasjonsutvikling. Videre ser departementet behovet for at en mer samlet bransje driver en helhetlig politikk- og fagutvikling på feltet, både internt blant alternative behandleres organisasjoner og eksternt ovenfor befolkningen og myndighetene.

Erfaringene med referansegruppen har så langt vist at gjennom kontaktforumet får myndighetene en toveis kanal for dialog med utøverorganisasjonene. I tiden fremover kan det være aktuelt på områder hvor det for eksempel er behov for standardisering av faglig innhold i de enkelte terapiformer og i utdanninger. Videre vil det gjelde behov for økt kunnskap om den ordinære helsetjenesten blant alternative behandlere.

Ved at helsemyndighetene kommuniserer med mesteparten av miljøet innen alternativ behandling gjennom et felles organ, kan det virke samlende og bidra til å etablere en felles politikk på feltet. Det er innbyrdes uenighet mellom utøverorganisasjonene når det gjelder hva slags regulering de ønsker, hva slags samarbeid de ønsker seg i mellom og hva slags samarbeid og inkorporering de ønsker i helsetjenesten. Innenfor utdanningsfeltet er den innbyrdes uenigheten like stor. Dette kan skape usikkerhet med hensyn til om kontaktforumet vil fungere etter sin hensikt. Etter departementets vurdering kan opprettelse av et felles organ være en farbar vei for økt intern enighet og en mer felles fag- og politikkutvikling blant utøverorganisasjonene innen alternativ behandling.

Departementet har også vurdert om det bør opprettes et sekretariat for kontaktforumet. En mulighet er at sekretariatet styres av kontaktforumet, og etableres primært som eget kontor utenfor forvaltningen og organisasjonene. En annen mulighet er at Sosial- og helsedirektoratet har ansvaret for å drive sekretariatet.

Helsemyndighetene har tradisjonelt gitt midler til brukerorganisasjoner for at de blant annet skal bidra til best mulig livskvalitet for sine medlemmer

og ivareta interesser gjennom en faglig og politisk pådriverrolle ovenfor offentlige myndigheter.

Pr. i dag finnes en rekke utøverorganisasjoner for alternative behandlere, og for de fleste ivaretas sekretariatsfunksjonen av tillitsvalgte medlemmer på fritiden, jf. punkt 4.5. Det vil være i alles interesse at utøverorganisasjoner gis mulighet til et systematisk samarbeid med helsemyndighetene. Dette er knyttet både til registerordningen, den generelle fagutvikling, standardiseringsarbeid og utredninger av utdanninger med videre. Et sekretariat vil kunne være et redskap for utøverorganisasjonene. Det kan også ha oppgaver i tilknytning til kontakten mellom helsemyndighetene og utøverorganisasjonene.

Pr. i dag er omlag 2/3 av utøverne representert i den eksisterende referansegruppen. Muligens er det ønskelig at flere eller andre organisasjoner deltar. Kriterier for deltakelse i kontaktforumet bør derfor vurderes på nytt. Uansett er det viktig at deltakelse fra brukerorganisasjonene også sikres.

Innledningsvis kan det være behov for et årlig tilskudd som overføres fra myndighetene for å drive et sekretariat. På sikt er det rimelig å forvente at utøverorganisasjonene selv bærer kostnadene ved utgiftene til fag- og politikkutvikling på linje med hovedorganisasjoner og fagorganisasjoner for helsepersonell.

I dette dokumentet kalles det foreslåtte organet konsekvent «kontaktforum». Ved en eventuell opprettelse bør navnet vurderes på nytt, og avspeile de oppgaver det får.

Departementets forslag

Departementet tilrår at det opprettes et kontaktforum mellom organisasjoner av alternative behandlere, brukerorganisasjoner og myndighetene i første omgang for 2 – 3 år. Deretter bør ordningen evalueres.

Videre tilrår departementet statlig støtte til et felles sekretariat for utøverorganisasjonene for en periode på 2 – 3 år. Driftsutgiftene forutsettes delt mellom utøverorganisasjonene og myndighetene.

Departementet vil i fremtidige budsjettframlegg redegjøre nærmere for konsekvenser av forslaget.

11.4 Opplæring og utdanning

11.4.1 Innledning

En viktig forutsetning for en trygg helsetjeneste er blant annet helsepersonellens kvalifikasjoner. Minstekrav til deres ferdigheter skal bidra til sikkerhet

og forutsigbarhet både for pasientene og for øvrig helsepersonell som samarbeider med vedkommande yrkesgruppe. Omfanget og innholdet i grunnutdanningene og i etter-, videre- og spesialistutdanningene er dermed av stor betydning. Bestått eksamen vil som hovedregel være vilkår for autorisasjon som helsepersonell, og vil kunne bidra til at befolkningen kan ha tillit til at helsepersonell fyller de krav som offentlige myndigheter stiller til utførelsen av virksomheten.

Undervisningen i utdanninger som leder frem til autorisasjon som helsepersonell, forutsettes å være basert på dokumentert kunnskap, det vil si på forskning og systematisert erfaring, jf. lov 12. mai 1995 nr. 22 om universiteter og høyskoler § 2 nr. 1.

Utdanningsfeltet for alternative behandlere er ikke regulert av offentlige myndigheter. Med unntak av noen få korte kurs foregår all utdanning i privat regi. Feltet preges av stor variasjon og det er vanskelig å sammenlikne reell studielengde og kvalitet i grunnutdanningene både innen og på tvers av de enkelte terapier. Det inngår heller ingen praksisperiode i helsetjenesten i grunnutdanningene. Ingen av utdanningsinstitusjonene har per i dag eksamensrett i henhold til privathøgskoleloven, og derved får heller ikke studentene lån i Statens lånekasse.

Presentasjonen av utdanningsinstitusjonene og bransjens «krav til» utdanninger innen alternative behandlingsretninger i NOU 1998:21 Alternativ medisin er basert på innspill fra institusjonene selv. For en mer detaljert fremstilling av enkelte utdanninger, se vedlegg 4. Samlet sett gir denne fremstillingen blant annet følgende bilde av grunnutdanninger innen alternativ behandling:

- Stor variasjon når det gjelder studielengde og innhold, blant annet blir 16 ulike fagfelt presentert.
- Stor variasjon når det gjelder omfang av medisinske basisfag.
- Stor variasjon når det gjelder opptakskrav.
- Varierende titler for nesten samme utdanning, og omvendt nesten lik tittel for utdanning som stiller ulike krav til innhold og studielengde.

De fleste utdanningsinstitusjonene for alternative behandlere i Norge er opprettet i løpet av de siste 20 år. Mange er relativt små og tar ikke opp studenter/elever hvert år. Det vanlige er årskull med 10 til 40 studenter/elever.

Som tidligere nevnt anslår departementet at det er noe i underkant av 5000 organiserte alternative behandlere i Norge i dag, og om lag 1500 av disse er autorisert helsepersonell.

Siden utdanningsfeltet for alternative utøvere er

preget av såpass stor variasjon, kan det være vanskelig for brukere og øvrige aktører å sammenlikne behandlinger og vurdere den enkelte alternative behandleres kompetanse. Dette gjelder både mellom ulike terapiformer og mellom behandlere som tilbyr samme terapiform. Problemstillingene har relevans enten det gjelder de utøverne som driver sin virksomhet utenfor helsetjenesten, eller det gjelder spørsmålet om eventuell integrering av alternativ behandling med helsetjenesten.

11.4.2 Forslag i NOU 1998:21 Alternativ medisin

Følgende ble foreslått av Aarbakke-utvalget:

11.4.2.1 Informasjon om alternativ behandling

Aarbakke-utvalget foreslår at kunnskap og informasjon om alternative behandlinger bør tilbys i utdanninger som leder frem til autorisasjon som helsepersonell. Hensikten er å gi fremtidig helsepersonell en viss innsikt i behandlingsformer og deres effekt, men ikke opplæring med sikte på å kunne utføre slik behandling. Begrunnelsen for forslaget er mulighet for god kommunikasjon med pasienter som enten benytter eller vurderer å benytte alternative behandlingsformer. Det foreslåtte forsknings-senter/institutt vil gjøre slik informasjon lettere tilgjengelig for høyskoler og universiteter.

11.4.2.2 Undervisning i alternative behandlingsformer

Utvalget foreslår at skolemedisinske utdanningsinstitusjoner bør legge til rette for undervisning i behandlingsformer som ønskes av befolkningen og som viser seg å ha dokumentert eller mulig dokumentert effekt. For en nærmere redegjørelse av utvalgets forståelse av begrepene «dokumentert effekt» eller «mulig dokumentert effekt», se NOU 1998:21 Alternativ medisin side 191.

11.4.2.3 Utredning og evaluering av utdanninger innen alternativ behandling

Aarbakke-utvalget foreslår følgende:

«En evaluering av alternativmedisinske utdanninger med sikte på offentlig innsats og styring, vil kreve en særskilt utredning. I den sammenheng kan det også være aktuelt å vurdere offentlig støtte til utdanningsinstitusjonene og studiefinansiering for studentene.»

Forslaget er ikke utdypet i NOU 1998:21. Imidlertid forstår departementet forslaget slik at helse-

myndighetene bør iverksette et utredningsarbeid og muligens en evaluering, dersom siktemålet er å få avklart hvorvidt og i hvilken grad helsemyndighetene skal engasjere seg videre med sikte på standardisering, anbefale minimumskvalifikasjoner med mer i utdanningene, for eksempel slik WHO har gjort ved å utarbeide anbefalinger når det gjelder akupunktur.

11.4.3 Høringsinstansenes syn

Høringssvarene til forslagene som er presentert i pkt. 11.4.2 gjengis samlet. Svært få har kommentert forslaget om å iverksette en utredning av utdanningen innen alternativ behandling. Enkelte instanser har motforestillinger, eller ser problemer ved utformingen av de to førstnevnte forslagene.

Sentrale myndigheter

Statens helsetilsyn uttaler at:

«Helsepersonell bør ha kjennskap til alternativ medisin for å: 1) imøtekomme informasjonsbehov for pasienter og 2) vurdere innvirkning av alternativ medisin på den behandlingen som ytes av offentlig godkjent helsepersonell. Dette mener vi bør være siktemålet med at helsepersonell i sin grunnutdanning får innføring i alternativ medisin. Dette vil kunne ivaretas uten at det gis en selvstendig plass i pensum i de etablerte helsepersonellutdanningene.»

Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet har forståelse for at helsepersonell bør ha kunnskap om alternativ behandling. Imidlertid er man usikker på:

«... i hvilken grad de statlige utdanningsinstitusjonene kan og bør bidra til at helsepersonell får kunnskap om alternativ medisin.»

Videre påpeker departementet at:

«...studier i alternativ medisin innenfor det offentlige utdanningssystem vil kunne oppfattes som at utøvelsen gis et offentlig godkjenningsstempel.»

Det konkluderes derfor med at:

«...mangel på forskningsbasert kunnskap gjør det lite aktuelt å etablere offentlige (utdannings-) tilbud.»

Utdanningsinstitusjoner

Blant dem som har gitt uttalelse er de fleste utdanningsinstitusjoner på høghskolenivå positive til de to førstnevnte forslagene. For eksempel mener *Høg-*

skulen i Sogn og Fjordane at høghskolene bør kunne tilby slik opplæring, og antar at det er mest aktuelt med akupunktur og homøopati. Og *Høghskolen i Agder* uttaler at:

«... utdanningssystemet i Norge (bør) inviteres til å komme med forslag til alternativmedisinsk utdanning både på grunn- og videreutdanningsnivå.»

Organisasjoner

Flere organisasjoner for alternative behandlere ønsker ikke at en begrenset opplæring i alternative behandlinger skal integreres i ordinære helseutdanninger, fordi den særegne forståelsen som behandlingsformen hører innunder kan gå tapt. Andre er mer positive til at autorisert helsepersonell får større kjennskap til alternativ behandling.

Norske Homeopaters Landsforbund mener at Norgesnettrådet burde få midler til å vurdere fagplanene innen alternative utdanningstilbud, med sikte på godkjenning som høghskoler.

Norsk Forening for Klassisk Akupunktur uttaler at det er positivt at det legges til rette for opplæring i visse metoder, men uttaler videre at det er viktig at dette skjer i samarbeid med akupunkturmiljøet og på en forsvarlig måte slik at det ikke resulterer i en «utvanning» av faget.

Det er relativt få fagorganisasjoner for helsepersonell som har gitt uttalelse til dette forslaget. De som har gjort det, påpeker at helsepersonell bør ha en viss innsikt i alternative behandlingsformer, men at undervisningen bør begrenses til emner som har direkte relevans for den aktuelle helsefagutdanningen.

11.4.4 Utviklingen siden avgivelsen av NOU 1998:21 Alternativ medisin

Siden 1998 har det skjedd en omfattende revidering av universitets- og høghskoleloven i forbindelse med Kvalitetsreformen innen høghere utdanning. Hovedhensikten med endringene har vært å fristille utdanningsinstitusjonene i større grad både organisatorisk, økonomisk og faglig.

Universitets- og høghskoleloven gir bestemmelser om at utdanningsinstitusjoner har rett til å opprette og nedlegge utdanninger på inntil tre års varighet. Det er foreløpig ingen signaler om at noen av universitetene vurderer opprettelse av utdanningen innen alternativ behandling. Departementet er kjent med at Høghskolen i Molde vurderer å etablere en treårig grunnutdanning i homøopati.

I St.meld. nr. 27 (2000–2001) foreslo Utdannings- og forskningsdepartementet å redusere tal-

let på rammeplaner og samtidig forenkle gjenværende rammeplaner. Stortinget ga sin tilslutning til dette, og mente at rammeplaner burde beholdes for utdanninger som fører fram til autorisasjon eller sertifisering. Som oppfølging av vedtaket har Utdannings- og forskningsdepartementet satt i gang et arbeid med å revidere rammeplanene for de helsefaglige høgskoleutdanningene som i dag har rammeplan og som fører fram til autorisasjon. Dette gjelder i første omgang sykepleie-, vernepleie-, radiograf-, fysioterapeut-, bioingeniør- og ergoterapeututdanningene.

Utdannings- og forskningsdepartementet har mottatt en søknad fra en privat utdanningsinstitusjon om å få eksamensrett for en 2-årig utdanning innen homøopati, i henhold til privathøgskoleloven. Dette er første gang utdanningsmyndighetene realitetsbehandler en søknad fra en institusjon som tilbyr utdanninger innen alternativ behandling. I følge loven skal slike søknader vurderes av en fagkomite, og Utdannings- og forskningsdepartementet opplyser per medio november 2002 at søknaden er til behandling.

Noen terapiformer, som har status som alternativ behandling i Norge, har følgende status i Norden og enkelte andre europeiske land: I Sverige tilbys høgskoleutdanning i naprapati, og det leder frem til autorisasjon i Sverige og Finland. I England har osteopater en godkjenningsordning som har likhetstrekk med den norske autorisasjonsordningen for helsepersonell.

Europarådet vedtok i 1999 en resolusjon (nr. 1206) som blant annet tar sikte på en profesjonalisering av relevant utdanning. Innen akupunktur foreligger det retningslinjer utarbeidet av WHO både for utdanning og regulering av faget som egen profesjon og som spesialitet for annet helsepersonell. Innen homøopati foreligger det intet tilsvarende fra WHO. Faget er regulert i Nederland og i visse kantoner i Sveits. Den irske foreningen har søkt om autorisasjon.

11.4.5 Økt kjennskap til alternativ behandling i utdanninger for helsepersonell

De to forslagene fra Aarbakke-utvalget om *informasjon om og undervisning i alternativ behandling i utdanninger for helsepersonell* vurderes samlet (se henholdsvis pkt. 11.4.2.1 og 11.4.2.2).

Den overordnede målsettingen er å bidra til ivaretagelse av forbrukerperspektivet ved å styrke befolkningens mulighet til å ta opplyste og trygge valg i spørsmålet om valg av alternativ behandling. Et ledd i denne prosessen kan være at personell i

ordinære helsetjenester får større kjennskap til alternative behandlingsformer og bakenforliggende forklaringsmodeller.

11.4.6 Departementets vurdering

Så langt departementet kjenner til, finnes det pr. i dag lite eller ingen informasjon om eller undervisning i alternativ behandling verken i grunnutdanninger eller i videreutdanninger på høgskolenivå. Unntakene er rammeplan for sykepleierutdanning. I rammeplanen for sykepleierutdanning er alternativ behandling nevnt under sentrale tema som generell patologi, sykdomslære og farmakologi. Målsettingen er at studentene skal ha noe kjennskap til «alternative behandlings- og lindringsmodeller» og til «filosofi bak alternative medisinske retninger». På universitetsnivå gis det et undervisningstilbud innen alternativ behandling på medisinstudiet. Omfanget av undervisningen varierer noe mellom universitetene. Generelt er undervisningen relativt begrenset, og det primære fokus er informasjon om slike behandlinger.

Dette viser at det samlet sett gis lite undervisning i alternativ behandling i ordinære helseutdanninger. Imidlertid kan økt kjennskap til slike behandlingsformer bidra til å gjøre det enklere for pasienter som benytter både alternativ behandling og medisinsk behandling, fordi helsepersonell vil ha bedre kjennskap til og muligens mindre negative holdninger til slike behandlingsformer. Dermed øker pasientenes mulighet til å kommunisere bedre med helsepersonell om slike spørsmål. Videre kan helsepersonell bistå pasienter i en vurdering av ulike behandlingsformer, og dermed gjøre pasienten bedre i stand til å ta trygge og overveide valg.

I høringsrunden kom det frem at de fleste høyskoler på generelt grunnlag er positive til undervisning av alternativ behandling i ordinære helseutdanninger.

Regjeringens fremleggelse av lovproposisjon om alternativ behandling, samt Stortingets og den offentlige debatten om forslagene i proposisjonen, vil antakelig i seg selv resultere i at flere utdanningsinstitusjoner på eget initiativ starter planlegging med sikte på undervisning på feltet.

11.4.7 Departementets forslag

Departementet vil i første omgang ta initiativ til en dialog med utdanningsmyndighetene om utviklingen på feltet. Etableringen av en informasjonsbank, jf. pkt. 11.3, og oppbyggingen av forskningsaktivitet, jf. pkt. 11.2, vil gi utdanningsinstitusjonene til

gang til nøytral informasjon om de ulike behandlingsformene og deres forklaringsmodeller mv. Dersom det på sikt viser seg at utdanningsinstitusjonene selv ikke iverksetter tiltak for mer informasjon/opplæring i alternative behandlingsformer i grunnutdanningene, vil departementet vurdere mulige tiltak for å sikre økt kjennskap til slik behandling i grunnutdanningene. En mulighet er at helsemyndighetene oppfordrer utdanningsinstitusjonene til å tilby undervisning om alternative behandlingsformer i utdanninger som leder frem til autorisasjon som helsepersonell.

11.4.8 Utredning av utdanninger innen alternativ behandling

Innledning

Vurderingstemaet her er om det bør gjøres utredninger knyttet til utdanninger for alternative behandlere. Slike utredninger kan ha betydning for kvalifikasjonene til utøvere i det frie marked utenfor helsetjenesten og til utøvere som ønsker å tilby alternativ behandling i samarbeid med autorisert helsepersonell eller eventuelt innen helsetjenesten.

Utdanningsfeltet innen alternativ behandling er preget av stor variasjon, jf. pkt. 4.5 og 11.4.1. Denne variasjonen gjør det vanskelig for brukere og øvrige aktører å sammenlikne behandlinger og vurdere den enkelte behandlers kompetanse. Dette gjelder både mellom ulike terapiformer og mellom behandlere som tilbyr samme terapiform. En offentlig iverksatt utredning kan også være et godt utgangspunkt for en «opprydding» både når det gjelder antall utdanninger, omfang og innhold, selv om disse organiseres i privat regi. Den kan dermed skape bedre oversikt over feltet og gjøre det enklere å sammenlikne utdanningstilbudene.

Aarbakke-utvalget foreslo en generell utredning av utdanninger for alternative behandlere. Etter departementets vurdering er det imidlertid noen behandlingsformer som skiller seg ut, og som bør vurderes utredet i første omgang. Det gjelder naprapati og osteopati, og homøopati og akupunktur.

11.4.9 Departementets vurdering

Osteopati og naprapati er sannsynligvis de behandlingsformene som lettest kan sammenliknes med behandlingsformer som tilbys av autorisert helsepersonell, det vil si fysioterapi og kiropraktikk. Offentlig godkjent utdanning i naprapati og osteopati leder til autorisasjon eller tilsvarende i enkelte land det er naturlig å sammenlikne seg med, slike som Sverige, Finland og Storbritannia, jf. pkt. 13.5.2.

Homøopati og akupunktur er blant de mest benyttede alternative behandlingsformer i Norge jf. kapittel 5. I tillegg er akupunktur tatt i bruk innen den ordinære helsetjenesten. Samtidig er det en utfordring at utdanningsfeltet for begge behandlingsformene preges av variasjon når det gjelder utdanningenes innhold og studielengde. Internasjonalt foregår det også i enkelte land et myndighetsarbeid med å standardisere krav til utdanning, blant annet innen disse to behandlingsformene.

Som nærmere beskrevet i kapittel 13 har utøverorganisasjonene for disse behandlingsformene søkt departementet om autorisasjon etter helsepersonelloven. En utredning om innhold og omfang av utdanningene for disse gruppene vil være nyttig for myndighetene når det gjelder vurdering av hvilke elementer i en utdanning som eventuelt skulle tilfredsstille krav til autorisasjon og hvilke som er mangelfulle.

Det gjenstår en større opprydding i kunnskapsgrunnlaget for de ulike alternative behandlingsformene. Få terapiformer kan med rimelig sikkerhet sies å ha dokumentert effekt, jf. kapittel 6. Departementet vil derfor ha en noe avventende rolle når det gjelder andre initiativ på utdanningsfeltet. Imidlertid kan det være aktuelt å gi utøverorganisasjonene insentiver til selv å drive arbeidet fremover for et mer enhetlig utdanningsfelt. Slike insentiver og styringssignaler kan videreformidles gjennom det foreslåtte kontaktforumet, jf. pkt. 11.3. Samtidig iverksetter helsemyndighetene tiltak for å bedre kunnskapsgrunnlaget innen alternativ behandling, jf. pkt. 11.2. Gjennom den foreslåtte registerordningen for alternativ behandlere kan myndighetene på sikt indirekte stille mer detaljerte krav til utdanning eller faglig oppdatering for å godkjenne utøverorganisasjoner som grunnlag for at medlemmer kan registrere seg som «registrerte utøvere». Hovedformålet med eventuelle tiltak fra myndighetenes side må være hensynet til pasientenes opplyste valg og sikkerhet i behandlingssituasjonen.

Den beskrivende delen av en generell utredning om utdanningsfeltet for alternative utøvere vil muligens bli utdatert innen relativt kort tid, fordi den reviderte universitets- og høyskoleloven og et mulig positivt utfall på søknad om eksamensrett i henhold til privatskoleloven kan føre til store endringer. Blant annet har lovverket bidratt til en prosess, som riktignok ennå er i startfasen, men som på sikt kan føre til at flere utdanninger innen alternativ behandling enten tilbys ved privatskoler med eksamensrett eller ved offentlige høyskoler, jf. retten til å opprette og nedlegge utdanninger på inntil tre års varighet. Dette kan bidra til mindre variasjon når det gjelder opptakskrav, utdanningenes

lengde og innhold, krav til praksis, krav til lærerens kompetanse med mer.

Imidlertid er departementet av den oppfatning at det vil være behov for utredning av utdanninger for et begrenset antall behandlingsformer, blant annet fordi det ennå er for tidlig å si med større sikkerhet hvilke konsekvenser de ovennevnte lovendringer vil føre til. Også i forhold til spørsmålet om eventuell integrering med den ordinære helsetjenesten og med henblikk på fremtidige søknader om autorisasjon etter helsepersonelloven antas en slik utredning av enkelte utdanninger å være av betydning.

11.4.10 Departementets forslag

- I pkt. 13.5.2 foreslår departementet en utredning av behandlingsformene innen naprapati og osteopati med henblikk på autorisasjon. I den forbindelse foreslår departementet en utredning av utdanningenes innhold og omfang, samt at det foretas en sammenlikning med relevante utdanninger for autorisert helsepersonell. Det gjelder primært fysioterapi og kiropraktikk. Utfra et utdanningsperspektiv foreslås også at innholdet og omfanget i utdanningene vurderes i et faglig perspektiv. Departementet vil vurdere nærmere organiseringen av utredningsarbeidet.
- Departementet foreslår også at det iverksettes en utredning av eksisterende utdanninger innen akupunktur og homøopati.
- Øvrige tiltak for å «rydde» på utdanningsfeltet forsøkes ivare tatt gjennom det foreslåtte kontaktforumet og myndighetenes økte satsning på forskning.

11.4.11 Kvalitetssikring av utdanninger innen alternativ behandling

Innledning

Utover de utredninger som er foreslått foran, kan det etter departementets oppfatning være behov for å vurdere andre tiltak som bidrar til å kvalitetssikre de behandlingstilbud pasientene får. Så lenge utdanningene ikke leder frem til autorisasjon som helsepersonell, er spørsmålet hvorvidt helsemyndighetene likevel ønsker at det blir stilt krav til opp- tak, faglig innhold og studielengde. Som omtalt foran er variasjonene i utdanningenes lengde og innhold såpass stor at det er ønskelig om utøverorganisasjonene bidrar i en prosess for et mer enhetlig utdanningsfelt. Om utøverorganisasjonene fastsetter hva slags minimumsutdanning som kreves for å bli

registrerte utøvere, er det rimelig å anta at utdanningstilbyderne tilpasser sine opplegg til dette.

I første omgang har departementet vurdert om helsemyndighetene bør gå i dialog med utøverorganisasjonene om følgende temaer:

Skikkethetsvurdering

Utdannings- og forskningsdepartementet arbeider for tiden med å innføre en systematisk skikkethetsvurdering i helse- og sosialfagutdanningene. Vurderingen skal være et redskap for å sikre at den som har gjennomgått en utdanning har nødvendige kvalifikasjoner og er skikket til yrkesutøvelsen.

Tilsvarende prinsipper for skikkethetsvurdering kan vurderes av utøverorganisasjonene angående utdanninger innen alternativ behandling.

Veiledet praksis

Organisasjonene for alternative behandlere kan kreve at medlemmene har en viss tid med veiledet praksis etter utdanning før man blir registrert utøver.

Aktuelt regelverk

Utdanningsinstitusjonene innen alternativ behandling kan gi opplæring i aktuelt lovverk i sine utdanninger. Det kan eksempelvis være helselovgivning, markedsførings- og forbrukerlovgivning. Annet rammeverk, rolle- og profesjonsavklaring og samarbeidsformer er også aktuelt.

Forskning i utdanningen

For ytterligere å skape en tilnærming mellom offentlig godkjente utdanninger og utdanninger innen alternativ behandling, samt gi større innsikt i helsetjenestens virkeområde, kan det være aktuelt å gi opplæring som gir økt forståelse for og innsikt i aktuelle temaer innen forskning.

Krav til etterutdanning

Organisasjonene kan stille krav om at etterutdanning er en forutsetning for å opprettholde medlemsskap i organisasjon for alternative behandlere. Eventuelt kan myndighetene stille krav om dette ved innføring av en registerordning.

11.4.12 Departementets vurdering

Departementet er kjent med at de foreslåtte temaene ovenfor inngår i noen av utdanningene innen alternativ behandling, men ser det som ønskelig at

flere utdanningsinstitusjoner tar inn denne typer temaer.

I en fase der utdanningsfeltet ennå i all hovedsak er selvregulert, er det gode argumenter for tiltak som bidrar til en kvalitetssikring som vil komme pasientene til gode utfra et forbrukerperspektiv. Videre er det rimelig å tenke seg at en slik kvalitets-sikring kan være et ledd i arbeidet for å skille mellom seriøse og useriøse behandlere.

Det er av interesse for helsemyndighetene at utøvere av alternativ behandling, som en legitim bransje som eksisterer side om side med helsetjenesten, har et minimum av kjennskap til den ordinære helsetjenesten og til de krav som stilles til denne. Etter departementets vurdering kan de foreslåtte tiltakene bidra til at flere alternative behandlere får økt kjennskap til lovverket som regulerer den ordinære helsetjenesten, og til forskningsbasert kunnskapsproduksjon.

De fem foreslåtte tiltakene er nødvendigvis ikke like relevante. Andre elementer bør også kunne vurderes. Muligens er det minst aktuelt med forslaget om skikkethetsvurdering, siden myndighetene har såpass liten kontroll med feltet. I tillegg vil registerordningen bidra til å skille mellom seriøse og useriøse utøvere. Et tilleggselement kan være behovet for høyt bestvisshetsnivå om begrensninger ved egne behandlingsformer og opplæring i henvisning til andre behandlinger, dersom de ser at de ikke har kvalifikasjoner til å hjelpe pasienter. Gjennom den foreslåtte kontaktforumet vil helsemyndighetene i samarbeid med utøverorganisasjonene kunne vurdere hvilke tiltak som er mest aktuelle.

11.4.13 Departementets forslag

Departementet foreslår at utøverorganisasjonene oppfordres til å bidra til at utdanninger innen alternativ behandling innfører skikkethetsvurdering, har en felles plattform i utdanningene med hensyn til kunnskap om den ordinære helsetjenesten og om forskning, innfører mer veiledet praksis, vurderer krav til etter- og videreutdanning, samt øvrige aktuelle temaer.

Departementet ser for seg at det foreslåtte kontaktforumet kan være en arena der slike tiltak diskuteres, jf. pkt. 11.3.

11.4.14 Tverrfaglige etter- eller videreutdanninger i akupunktur for autorisert helsepersonell

Som tidligere nevnt har om lag 1500 av de 5000 organiserte alternative behandlere autorisasjon som helsepersonell. Mange har tatt full grunnutdanning

ved en privat utdanningsinstitusjon, mens andre har opplæring i regi av egen fagorganisasjon.

Når en behandlingsform gjennom forskning viser seg å ha dokumentert effekt, eller hvor systematisert erfaring innebærer at helsepersonell tar behandlingsformene i bruk innen helsetjenesten, vil det være av interesse for helsemyndighetene at dette personell har nødvendige kvalifikasjoner, og at personellet behersker behandlingsmetodene på et forsvarlig måte, jf. krav til forsvarlighet i helsepersonelloven § 4.

11.4.15 Departementets vurdering

Etter departementets vurdering er det flere argumenter både for og mot en utredning om en tverrfaglig etter- eller videreutdanning i akupunktur for dem med autorisasjon som helsepersonell.

I henhold til NOU 1998:21 Alternativ behandling er akupunktur blant de mest benyttede alternative behandlingsformer i Norge. Sannsynligvis er omfanget av pasienter som benytter både alternative behandlingsformer og medisinske behandlingsformer stort. Per i dag benyttes akupunktur som en integrert del av behandlingen på flere sykehus, for eksempel som smertebehandling ved fødsler ved Aker sykehus. Videre er akupunktur blant de terapiformer som autorisert helsepersonell har mest tiltro til. På den annen side er det ikke kjent i hvor stort omfang autorisert helsepersonell tilbyr alternative behandlingsformer innen helsetjenesten. Sannsynligvis tilbyr mange av dem som er autorisert helsepersonell og samtidig har utdanning innen alternativ behandling sine tjenester utenfor helsetjenesten.

Dersom helsepersonell i større grad har kjennskap til behandlingsformer både fra medisin og alternativ behandling, er det rimelig å anta at det blir enklere for pasienter, som benytter behandlingsformer fra begge felt, å vurdere behandlingene sammen med utøvere, se dem i sammenheng og eventuelt vurdere nyttige kombinasjoner av behandlinger. Imidlertid kan akupunkturbehandling i begrenset grad vise til forskningsbasert dokumentasjon når det gjelder effekt. En utredning kan derfor gi befolkningen, helsepersonell, myndigheter på ulike nivåer og alternative behandlere et utilsiktet signal om at helsemyndighetene gir en form for faglig godkjenning av denne terapiformen.

At akupunktur er i bruk i helsetjenesten, er i seg selv et tungtveiende argumentet for at helsemyndighetene bør vurdere om det er behov for å stille faglige krav til helsepersonell som tilbyr slik behandling, for eksempel ved å få utarbeidet eventuelle minstekrav til etter- eller videreutdanning.

Imidlertid bør myndighetene ha en avventende rolle, så lenge den forskningsbaserte dokumentasjonen knyttet til effekt av behandlingen ennå er begrenset. Å initiere oppstart av etter- eller videreutdanning før det forskningsbaserte dokumentasjonsgrunnlaget er bedre, blir å hoppe over et vesentlig ledd. Dette kan offentlige myndigheter vanskelig gjøre.

Imidlertid er krav til faglig forsvarlig virksomhet ivarettatt ved at helsepersonell i helsetjenesten er underlagt et lovverk som regulerer deres virksomhet. Det gjelder uavhengig av hvilke behandlingsformer som tilbys.

Som et siste element ser også departementet det som mest hensiktsmessig at en utredning om grunnutdanning innen akupunktur gjennomføres først, jf. pkt. 11.4.10.

Departementet foreslår derfor at helsemyndighetene ikke iverksetter en utredning med sikte på å utvikle tverrfaglige etter- og/eller videreutdanningen innen akupunktur for autorisert helsepersonell. På sikt kan det være mer aktuelt når behandlingsformen dokumentasjonsgrunnlag blir bedre, og en utredning om en grunnutdanning er gjennomført og fulgt opp på egnet måte.

11.5 Administrative og økonomiske konsekvenser av utenomrettslige tiltak

Administrative konsekvenser

På forskningsfeltet innebærer tiltakene en styrking av en allerede eksisterende virksomhet finansiert av NFR. Etablering av forskningsmiljøer ved Universitetet i Oslo og eventuelt andre universiteter vil

medføre faglig tilknytning til Universitetet i Tromsø.

Samarbeidsprosjekter vil kreve nærmere avklaring, men forutsetter en koordinerings- og forvaltningsfunksjon i Sosial- og helsedirektoratet, slik direktoratet forvalter betydelige tilskuddsmidler til helsetjenesten for øvrig. Hoveddelen av bevilgningen til samarbeidsprosjekter vil gå som tilskudd til samarbeidende aktører innen helsetjenesten og alternativ behandling, samt til evaluering av slike tiltak. Departementet vil vurdere nærmere om dette skal forvaltes som en ordinær tilskuddsordning, eller om direktoratet eventuelt i samarbeid med NAFKAM og med et kontaktforum bør ha en mer proaktiv rolle og færre bindinger med hensyn til hvordan midlene forvaltes.

Etablering av informasjonsbank vil innebære at det opprettes et uavhengig kontor i Tromsø. Den nærmere geografiske plassering og organisatoriske forankring vil bli vurdert i samarbeid med berørte institusjoner.

Den administrative forankring av sekretariat for kontaktforum vil departementet vurdere i samarbeid med de berørte instanser, og komme tilbake til dette i budsjettsammenheng.

Økonomiske konsekvenser

Utredningstiltakene og investeringer knyttet til etablering av informasjonskontor er engangskostnader. Samarbeidstiltakene foreslås tidsavgrenset til fire år, og sekretariatsfunksjonen for et kontaktforum foreløpig til to år. Departementets intensjon er at bransjen selv på sikt bør bære kostnadene til en slik funksjon. Tilskudd til forskningsvirksomhet og drift av informasjonsvirksomhet vil ha langsiktig perspektiv. Departementet vil komme tilbake til dette i budsjettsammenheng.

Del III
Forslag til rettslig regulering

12 Forslag til rettslig regulering av alternativ behandling

I proposisjonens del III har departementet vurdert hva slags rettslig regulering som bør gjelde på området alternativ behandling.

På bakgrunn av den gjennomgang av gjeldende rett som er gjort i kapittel 7, forslagene i NOU 1998:21, uttalelser i høringsrunden og basert på departementets prinsipielle utgangspunkter for politikutvikling, jf. kapittel 10, har departementet i kapittel 12 vurdert behovet for endringer av rettstilstanden på området. Som det vil fremgå foreslår departementet å oppheve lov 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur (kvaksalverloven), og erstatte denne med en ny lov om alternativ behandling av sykdom mv. Departementets forslag til lov med merknader, er inntatt i kapittel 18.

I kapittel 13 har departementet vurdert hvorvidt det bør opprettes en egen godkjenningsordning for alternative behandlere, og hvorvidt enkelte grupper av alternative behandlere bør autoriseres etter helsepersonelloven.

Spørsmål om opprettelse av en frivillig registerordning for utøvere av alternativ behandling er vurdert i kapittel 14.

I kapittel 15 har departementet vurdert om det bør gis stønad fra folketrygden ved alternativ behandling.

12.1 Innledning

Departementet vil i det videre drøfte en rekke problemstillinger knyttet til rettslig regulering av alternativ behandling.

I underpunktene 12.2 til 12.6 har departementet redegjort for forslagene i NOU 1998:21 Alternativ medisin, gitt en generell redegjørelse for høringsinstansenes syn, samt redegjort for og vurdert enkelte overordnede problemstillinger knyttet til rettslig regulering av alternativ behandling. I underpunktene 12.7 til 12.17 har departementet vurdert konkrete rettslige problemstillinger knyttet til ny lov om alternativ behandling av sykdom mv.

Som nevnt har departementet i kapittel 7 foretatt en samlet gjennomgang av gjeldende rett på området. I tilknytning til de mange rettslige pro-

blemstillinger som vil bli drøftet i de videre underpunkter i herværende kapittel 12, vil det mer konkret bli redegjort for gjeldende rett.

12.2 Kort om NOUens forslag til lovregulering og den videre drøftelse

I NOU 1998:21 er det inntatt forslag til lovregulering av alternativ behandling, jf. kapittel 9. Utvalget foreslo at reguleringen skulle inntas som et eget kapittel i helsepersonelloven, samtidig som lov 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur (kvaksalverloven) ble foreslått opphevet. Utvalgets forslag til lovregulering er inntatt som vedlegg 5 til herværende odelstingsproposisjon.

Utvalget foreslo en bestemmelse om forbud mot bruk av beskyttet tittel og mot villedende markedsføring. Dette vil bli drøftet i pkt. 12.15. Videre foreslo utvalget en samlet bestemmelse som fastsatte hvilke former for yrkesutøvelse som skulle være forbeholdt helsepersonell. Departementet har valgt å dele denne drøftelsen opp i flere enkeltstående problemstillinger, og disse vil bli drøftet i pkt. 12.11 til 12.14.

I pkt. 12.9 vil departementet drøfte utvalgets forslag om å lovfeste en frivillig registerordning for alternative behandlere, og i pkt. 12.10 utvalgets forslag om å lovfeste taushetsplikt for alternative behandlere. Utvalgets forslag til straffebestemmelser vil bli drøftet samlet under pkt. 12.16. Endelig vil departementet i pkt. 12.17 drøfte enkelte andre rettslige problemstillinger utover utvalgets forslag.

12.3 Generelt om høringsinstansenes syn

Et stort flertall av høringsinstansene har støttet forslaget om opphevelse av kvaksalverloven, og at denne erstattes av mer tidsmessige bestemmelser. Mange høringsinstanser har utover dette ikke kommentert utvalgets forslag til lovregulering nærmere.

Av de høringsinstanser som mer spesifikt har kommentert lovforslaget, har det vært delte meninger om forslagets nærmere innhold. Dette knytter seg særlig til spørsmålet om i hvilken grad alternative behandlere skal kunne behandle «alvorlige sykdommer og lidelser», jf. Aarbakke-utvalgets forslag til ny § 76 tredje ledd i helsepersonelloven, og unntaksbestemmelsen, jf. forslagets fjerde ledd. Dette vil bli behandlet i pkt. 12.14.

Flere høringsinstanser har uttalt seg til forslaget om å innta ny lovregulering som et eget kapittel i helsepersonelloven. Dette vil bli behandlet i pkt. 12.6.

De fleste høringsinstanser som har uttalt seg om spørsmålet, har støttet forslaget om lovpålagt taushetsplikt for alternative behandlere.

I det videre vil en rekke høringsuttalelser bli referert eller gjengitt i tilknytning til drøftelsen av de relevante rettslige problemstillinger.

12.4 Nærmere om enkelte overordnede problemstillinger

I kapittel 7 har departementet redegjort for lovverk som har direkte eller indirekte betydning når det gjelder alternativ behandling. Departementets prinsipielle utgangspunkter når det gjelder forslag til politikkutvikling på området, er belyst i kapittel 10.

Området alternativ behandling kjennetegnes av et stort antall fagretninger med ulikt teoretisk og erfaringsbasert grunnlag, og ulik tilknytning til eller samarbeid med autorisert helsepersonell/helsetjenesten. Alternativ behandling har de senere år fått økt utbredelse, og mange benytter alternativ behandling som et supplement eller et selvstendig alternativ til den ordinære helsetjenesten. Mange som benytter seg av slik behandling mener de har fått god hjelp. Samtidig finnes det eksempler på tilfeller hvor alternative utøvere ikke har vært i stand til å vurdere rekkevidden av sine kvalifikasjoner og sitt tjenestetilbud.

Pasienter vil på grunn av sin sykdom eller livssituasjon kunne være i en svært sårbar situasjon. Etter departementets oppfatning er det derfor viktig at det også på dette området stilles krav til den som behandler syke mennesker, og at man forhindrer spekulativ utnyttelse av pasienters sykdom eller livssituasjon. I likhet med hva som gjelder i forhold til den ordinære helsetjeneste, vil ivaretagelse av pasientsikkerhet være like viktig overfor de pasienter som velger å benytte alternativ behandling.

Etter departementets oppfatning må det også på dette området foretas en avveining mellom på den

ene side hensynet til pasientens valgfrihet, og på den andre side pasientens behov for beskyttelse. Å sette pasienten i sentrum innebærer, slik departementet ser det, at pasienten også må ha frihet til å velge behandlingsmetoder som ikke er en del av den ordinære helsetjenesten. For at pasientens valgmuligheter skal være reelle og trygge er det etter departementets vurdering viktig at det stilles visse krav til alternativ behandling, og det er videre viktig at det arbeides for å oppnå økt vitenskapelig innsikt i de behandlingsprinsipper, metoder og forståelsesformer som alternative utøvere bygger sin virksomhet på. Det er i samfunnets og pasientens interesse at effekten av de ulike behandlingsmetodene i større grad blir dokumentert, og at forskningsresultater blir tilgjengelig for befolkningen og helsetjenesten.

Ivaretagelse av pasientsikkerhet kan blant annet skje ved at det stilles faglige krav til alternative behandlere. Videre kan dette skje ved at visse behandlingsformer og metoder forbeholdes helsepersonell å benytte eller ved at nærmere bestemte sykdommer skal være forbeholdt helsepersonell å behandle. Dette vil være viktig for ivaretagelse av den enkelte pasients sikkerhet, samtidig som også hensynet til beskyttelse av tredjepersons sikkerhet vil kunne tilsi at det bør gjelde enkelte begrensninger, for eksempel for behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Ivaretagelse av forbrukerhensynet og sikring av pasientens frie valg, kan videre skje ved at det stilles krav til alternative utøvere når det gjelder redelighet, informasjon, markedsføring og tittelbruk.

For å oppnå et skille mellom seriøse og useriøse utøvere av alternativ behandling, og samtidig bidra til ivaretagelse av pasientsikkerhet, kan det være aktuelt å vurdere en egen offentlig godkjenningsordning for alternative behandlere. En slik ordning er innført for helsepersonell etter helsepersonelloven, og ved en tilsvarende ordning for alternative behandlere vil det kunne stilles nærmere bestemte faglige krav eller krav til gjennomført utdanning. I NOU 1998: 21 har imidlertid utvalget foreslått at det som et alternativ til en slik godkjenningsordning, opprettes en frivillig registerordning for alternative behandlere. Det offentlige skal her stille visse overordnede krav til utøverne, men for øvrig overlates til utøverne/utøverorganisasjonene selv å fastsette nærmere faglige krav og krav til utdanning.

Ivaretagelse av pasientsikkerhet og pasientrettigheter kan også sikres gjennom særskilte tilsynsorganer eller ved at det innføres ordninger som gjør det mulig for pasientene å klage på utøvere av alternativ behandling. Slike tilsyns- og/eller klageor-

ganer kan tenkes opprettet i offentlig regi, i regi av bransjen selv eller ved en kombinasjon av dette.

For å oppnå større grad av integrering av alternativ behandling i den ordinære helsetjeneste, og økt samarbeid mellom alternative behandlere og helsepersonell, vil sannsynligvis utenomrettslige tiltak være vel så viktige som tiltak av rettslig art. Det kan imidlertid også tenkes rettslige tiltak i form av at det gjøres visse unntak fra forbudsbestemmelser såfremt det foreligger et samarbeid mellom helsepersonell og alternativ behandler.

For å ivareta ovennevnte hensyn, er det etter departementets oppfatning et klart behov for en rettslig regulering av alternativ behandling. Departementet legger i den forbindelse til grunn at hensynet til pasientens frie valg skal være sentralt, men likevel slik at hensynet til å ikke utsette pasienten for unødig risiko skal være overordnet. På denne bakgrunn vil departementet i dette kapittelet, samt også i kapittel 13, 14 og 15, drøfte og foreslå hva slags rettslig regulering som bør gjelde på området alternativ behandling.

12.5 Spørsmål om opphevelse av kvaksalverloven – behov for nytt regelverk

Som nevnt foreslo utvalget at lov 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur (kvaksalverloven) ble opphevet, og erstattet av et mer tidsmessig regelverk. Når det gjelder nærmere beskrivelse av gjeldende kvaksalverlov viser departementet til ovenstående pkt. 7.2, samt videre underpunkter i herværende kapittel.

12.5.1 Høringsinstansenes syn

De aller fleste høringsinstanser som har uttalt seg, har støttet forslaget om opphevelse av kvaksalverloven. Enkelte høringsinstanser har imidlertid hatt konkrete merknader eller innvendinger til utvalgets forslag til ny lovregulering, selv om de har støttet opphevelsen av kvaksalverloven som sådan. Dette vil bli nærmere redegjort for i dette kapittelet.

Blant de som har støttet opphevelse av loven, har *Statens helsetilsyn* uttalt at de

«(...) er enig med Aarbakke-utvalget i at kvaksalverlovens bestemmelser bør avløses av mer tidsmessige, funksjonelle bestemmelser. Kvaksalverloven av 1936 har på grunn av sin kasuistiske utforming ikke vært uproblematisk å an-

vende. På den annen side er de fullmaktsbestemmelser som er foreslått inntatt i nytt kapittel 14 i helsepersonelloven meget vidt formulert. De omhandler dessuten viktige og kontroversielle emner. Vi mener derfor man bør vurdere å gi ytterligere materiellrettslige bestemmelser på lovs nivå – eller i forarbeidene – om yrkesutøvelse som skal forbeholdes helsepersonell.»

Fylkeslegen i Rogaland har vist til at kvaksalverloven er foreldet i sin form og språk, men at det er grunn til å ta vare på en del av intensjonene i loven. I den forbindelse vises det blant annet til viktigheten av å beskytte befolkningen mot såkalt diagnostikk og behandling gitt av ukyndige.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke har stilt seg positiv til opphevelse av kvaksalverloven, og at den erstattes av en mer tidsriktig regulering. Det uttales blant annet at det er

«(...) viktig at den enkelte pasients selvbestemmelsesrett blir ivaretatt samtidig som det må være en viss styring med behandlingstilbudet. Den enkelte pasient må beskyttes mot former for behandling som er skadelige eller farlige, mot økonomisk utnyttelse og mot falske forhåpninger og villedelse.»

Rogaland fylkeskommune uttaler at de

«(...) støtter utvalgets syn på at kvaksalverloven er foreldet og kan erstattes/innordnes i annen lovgivning. Vi er likevel av den oppfatning at det er viktig å skille mellom offentlig godkjent helsepersonell og alternativmedisin som utføres av andre enn helsepersonell.»

Videre vises det til at lovforslaget innebærer en oppmykning i forhold til kvaksalverloven i retning av mer vekt på pasientrettigheter, og det uttales blant annet at:

«Pasienten skal med få unntak ha selvbestemmelsesrett, og undersøkelse og behandling skal være basert på frivillighet og samtykke. Dette innebærer en rett til å velge/fravelge behandling. Etter Rogaland fylkeskommunes syn er dette en riktig utvikling og mer i tråd med generell utvikling i forhold til autonomi og rettighetstankegang.»

Svært få høringsinstanser har uttalt at de er negative til opphevelse av kvaksalverloven. Departementet viser imidlertid til høringsuttalelsen fra *Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet* som uttaler at:

«Selv om Kvaksalverloven av 1936 sjelden har kommet til anvendelse de siste årene, må det fortsatt være et ufravikelig krav at syke mennes-

ker har en beskyttelse mot useriøse utøvere og at dette ikke behøver å komme i konflikt med pasientens selvbestemmelsesrett. Kroniske og eventuelt alvorlig syke representerer sårbare grupper som trenger et særskilt vern, og ved en del alvorlige sykdommer (cancer, stoffskiftesykdommer og infeksjoner) må det fortsatt være forbud mot alternativ behandling såfremt dette ikke kan skje i nært samarbeid med lege. Fortsatt opprettholdelse av Kvaksalverloven vil også avholde en del useriøse utøvere og det vil neppe få den samme effekt å innarbeide tilsvarende reservasjon i Lov om helsepersonell slik utvalget foreslår.»

Også *Fylkeslegen i Buskerud* har vært negativ til opphevelse av kvaksalverloven og at denne erstattes av nye bestemmelser som foreslått.

Enkelte av høringsinstansene har uttalt at de ikke ser hensikten med å oppheve kvaksalverloven dersom denne erstattes med et regelverk som i all hovedsak hevdes å ha samme innhold. Blant annet *Norsk Osteopat Forbund (NOF)* mener utvalget ikke har fjernet begrensningene som er gjeldende i kvaksalverloven. I den forbindelse har de blant annet uttalt:

«Utvalget har snarere videreført og inkorporert prinsippene i kvaksalverloven i sitt eget forslag sammen med forslaget til ny helsepersonellov. Utvalgets forslag innskjerper prinsippene i kvaksalverloven. Aarbakkeutvalget åpner for at mennesker med alvorlig sykdom kan oppsøke alternativ behandling dersom valget er gjort av en voksen person med samtykkekompetanse. Videre må dette skje i samarbeid med eller i samforståelse med pasientens lege. Dersom legen motsetter seg pasientens valg kan den alternative terapeuten straffes. NOF mener det er kontroversielt at den alternative behandleren (osteopaten) har plikt til å informere pasientens lege om at pasienten går til alternativ behandling (osteopati). Mange pasienter i helsevesenet er engstelige for at legene skal oppfatte dem som illojale dersom de oppsøker en behandler som kommer inn under kategorien «alternativ utøver.»»

NOF har deretter vist til viktigheten av samarbeid, og at informasjon til legen må skje gjennom forståelse og aksept fra pasienten, og ikke som en lovmessig informasjonsplikt.

Det Norske Radiumhospital uttaler om kvaksalverloven at det er

«(...) vanskelig å innse den store praktiske gevinsten ved å fjerne denne loven når det samtidig foreslås å bygge inn den gamle lovens viktigste elementer i andre nye lover.»

Chakra AS uttaler at:

«Lovforslaget gir uttrykk for at det er legenes særstilling i helse/omsorg som er utgangspunktet for reguleringen. Det er ikke pasientens rett til selv å velge behandlingsform som er ivarettatt. (...) Selv om Kvaksalverloven blir fjernet, lever den videre gjennom Helsepersonelloven, slik at utførelsen av alternative behandlingsformer blir like begrenset som i dag, om ikke verre.»

Den Norske Kreftforening uttaler om kvaksalverloven at:

«Det er vanskelig å se den store praktiske betydningen av å fjerne denne loven når det samtidig foreslås å bygge inn den gamle lovens viktigste elementer i andre nye lover. Det viktigste må vel være at helsepersonell fortsatt pålegges å drive sin virksomhet på forsvarlig vis i forhold til gjeldende lovgivning. Hvorvidt et slikt krav om forsvarlig virksomhet lar seg anvende på utførelsen av alternativ medisin, og om det er hensiktsmessig og juridisk mulig å integrere i Lov om helsepersonell for personer som ikke er definert som helsepersonell, må antas å være et sammensatt spørsmål. Derimot er det klart at kravet om ansvarlighet må kunne gjøres gjeldende for enhver som tar noen i kur, helsepersonell så vel som andre, og at alle må være underlagt straffelovens bestemmelser i tilfelle skade på pasienter.»

12.5.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet viser til at det blant høringsinstansene var stor oppslutning om opphevelse av kvaksalverloven, og at svært få høringsinstanser var uttalt negative til dette. Riktignok har en del høringsinstanser stilt spørsmål ved behovet for å oppheve loven dersom flere av lovens prinsipper videreføres i en annen lov. Disse har imidlertid som hovedregel vært av den oppfatning at området fortsatt bør være lovregulert.

Departementet legger videre til grunn at kvaksalverloven i sin form er foreldet, og at det av den grunn kan være behov for mer tidsriktige bestemmelser. I den forbindelse viser departementet til at omfanget av alternativ behandling øker, og at stadig flere pasienter ønsker dette som et alternativ eller supplement til ordinær helsehjelp. I så måte vil det fortsatt være behov for et regelverk på området. Det vises også til at loven har medført en del tolkningstil. Departementet har derfor sett behov for å foreta en samlet vurdering av reguleringen på feltet, herunder vurdere hvilke rettsprinsipper som bør videreføres og eventuell avgrensning av disse.

Det sentrale hensyn for departementet er at det

etableres et regelverk som ivaretar pasientens frihet med hensyn til valg av behandlingsform, men som samtidig setter begrensninger i alternative behandleres yrkesutøvelse ut fra pasientens behov for beskyttelse. Det vil kunne hevdes at det ikke er behov for å oppheve kvaksalverloven, men at de nødvendige endringer kunne vært gjort direkte i kvaksalverloven, og uten at det ville være behov for å utarbeide en ny lov. Departementet har imidlertid kommet til at dette i seg selv ikke vil avhjelpe lovens preg av å være tidsuriktig. Ettersom departementet også har sett behov for å gjøre enkelte endringer i rettstilstanden, har departementet vurdert det som mest hensiktsmessig å utarbeide en ny lov, jf. også pkt. 12.6 om hvorvidt reguleringen skal skje i form av en selvstendig lov eller som et eget kapittel i helsepersonelloven.

Departementet vil derfor foreslå at kvaksalverloven oppheves, og at alternativ behandling reguleres av et mer moderne regelverk.

12.6 Regulering i form av egen lov eller som eget kapittel i helsepersonelloven?

12.6.1 Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin

Utvalget foreslo at kvaksalverloven ble opphevet, og at nye bestemmelser ble inntatt som et nytt kapittel 14 i helsepersonelloven. Utvalget drøftet bare i mindre grad om reguleringen alternativt kunne skje gjennom en egen lov om alternativ behandling.

12.6.2 Høringsinstansenes syn

Flere av høringsinstansene har ikke uttalt seg konkret til spørsmålet om lovreguleringen bør inntas i helsepersonelloven eller i en egen lov. Blant de høringsinstanser som har uttalt seg til spørsmålet, har det vært delte meninger om dette.

Blant de høringsinstanser som har støttet forslaget om at reguleringen skal skje i helsepersonelloven, kan nevnes blant annet *Fylkeslegen i Hedmark*, *Norske Homeopaters Landsforbund*, *Norsk Forening for Klassisk Akupunktur*, *Norsk Helse- og Sosialforbund*, *Norske Fysioterapeuters Forbund* og *Den norske tannlegeforening*.

Felles for de som har støttet at reguleringen skal inntas i helsepersonelloven, er at de i stor utstrekning ikke har gitt noen konkret begrunnelse for dette syn, eller særskilt drøftet om slik regulering alternativt kunne vært inntatt i en egen lov. Til en viss grad må dette sannsynligvis sees i sammen-

heng med at utvalget hadde foreslått reglene inntatt som et eget kapittel i helsepersonelloven og bare i begrenset grad hadde vurdert om reglene alternativt kunne bli tatt inn i en egen lov, samt at departementet i høringsrunden ikke særskilt hadde oppfordret høringsinstansene til å uttale seg i forhold til dette spørsmålet.

Flere høringsinstanser har imidlertid vært mot at reguleringen tas inn i helsepersonelloven. Blant annet uttaler *Statens helsetilsyn*:

«Helsetilsynet mener at den generelle reguleringen av alternativ medisin primært bør foretas gjennom en egen lov. Pedagogiske hensyn tilsier dette. Tilgjengeligheten av bestemmelsene vil være bedre både for utøvere og brukere dersom de inntas i en egen lov. Generell regulering av alternativ medisin i en ny felles lov om helsepersonell vil etter vår mening bidra til å tilsøre ulikhetene som foreligger mellom alternativ medisin og ordinær medisinsk virksomhet for publikum. Som nevnt tidligere går ulikhetene på krav til dokumentert effekt, dokumentasjon av virksomheten og det teoretiske grunnlaget. Tiltak som bidrar til å tilsøre disse ulikhetene er etter vår oppfatning uheldig.»

Også *Fylkeslegen i Oslo* mener at det vil være mest funksjonelt å ha en egen lov om temaet og ikke ta inn egne bestemmelser for å regulere dette i helsepersonelloven. Dette synet støttes også av *Fylkeslegen i Rogaland*.

Norsk Sykepleier Forbund har sagt seg enig i at det er behov for en ny rettslig regulering på området, men har anbefalt at dette skjer ved en egen lov, og ikke som et kapittel i helsepersonelloven.

Universitetet i Oslo har vist til at innlemmelse av ny strafferettslig regulering av alternativ behandling i helsepersonelloven, samtidig som adgangen til å behandle pasienter med alvorlige sykdommer utvides, kan bety at skillet mellom helsepersonell og ikke-helsepersonell utviskes.

12.6.3 Departementets vurdering og forslag

Det at mange pasienter benytter alternativ behandling som et supplement eller et selvstendig alternativ til ordinær helsehjelp, kan være et argument for å regulere alternativ behandling som et eget kapittel i helsepersonelloven. Slik sett kan den alternative behandlingen sies å ha samme formål som ordinær helsehjelp, og dette taler for å samle regelverket i en felles lov.

Videre viser departementet til at en del av dem som i dag tilbyr alternativ behandling, allerede er autorisert helsepersonell. Slik sett kunne det være hensiktsmessig for både utøverne og brukerne at

gjeldende regelverk er samlet på ett sted.

Endelig viser departementet til at det å innta reguleringen i helsepersonelloven, dessuten vil gi et sterkere helsepolitisk signal i forhold til anerkjennelse av alternativ behandling og ønske om økt integrering av alternativ behandling i den ordinære helsetjeneste, sammenlignet med å regulere feltet i en egen lov.

Etter departementets oppfatning kan det imidlertid også anføres en rekke argumenter mot en innlemmelse av regelverket i helsepersonelloven. Helsepersonelloven har i dag helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp som virkeområde. Ettersom alternative behandlere i all hovedsak har sin virksomhet utenfor helsetjenesten, vil det være misvisende om de reguleres i denne loven. I den forbindelse vises det også til at tilsynsmyndighetene i dag bare fører tilsyn med helsepersonell og helsetjenesten. Ved en innlemmelse av de alternative behandlerne i loven, vil man således i loven omtale virksomhet som skal være unntatt fra tilsynsmyndighetenes øvrige kontroll med helsetjenesten/-personell. Dette kan gi brukerne et feilaktig inntrykk av at også disse tjenestene er underlagt tilsynsmyndighetens kontroll.

Videre viser departementet til at alternative utøvere og alternative behandlingsformer på en rekke punkter skiller seg fra helsepersonell og ordinær helsehjelp/helsetjeneste. Alternativ behandling er blant annet preget av et stort antall ulike fagretninger, og stor variasjon når det gjelder innhold og omfang av de ulike utdanninger, jf. kapittel 4. Mange har også en sykdoms- og behandlingsforståelse som avviker betydelig fra hva autorisert helsepersonell legger til grunn. Flere alternative behandlere driver også virksomhet som klart skiller seg fra det man normalt forbinder med ordinær helsehjelp. Som eksempel kan det vises til virksomhet som i hovedsak tar sikte på å gi økt fysisk og psykisk velvære, og bare i mindre grad helsehjelp i form av behandling av sykdom og lidelser. På grunn av den store variasjon det er mellom forskjellige grupper alternative behandlere, spesielt hva angår omfang og faglig innhold av utdanningene, samt den forskjell det er mellom disse og autorisert helsepersonell, kan det være uheldig å regulere alternativ behandling i helsepersonelloven.

Regulering av alternative behandleres virksomhet i helsepersonelloven, vil etter departementets oppfatning også kunne gi signaler om at behandlingen anerkjennes faglig på linje med den behandling som gis av autorisert helsepersonell. Når det gjel-

der behandlingseffekt foreligger det så lite dokumentasjon at det er grunn til å være tilbakeholden med å gi signaler i form av generell anerkjennelse/likestilling. Dette vil eventuelt også kunne åpne for tilfeller av villedende markedsføring.

Departementet viser også til at en innlemmelse i helsepersonelloven, av grunner som nevnt ovenfor, uansett vil gjøre det nødvendig å trekke grenser mellom de ulike kategorier av personell. For det første helsepersonell som har fått en kvalitetsgodkjenning i form av autorisasjon, og for det andre alternative behandlere som ikke har vært underlagt noen offentlig kvalitetsgodkjenning. I og med at det for alternative behandlere dermed vil måtte gjøres en rekke avgrensninger og unntak fra de rettigheter og plikter som helsepersonell har etter helsepersonelloven, vil det være mer oversiktlig og enklere lovteknisk å regulere alternativ behandling i en egen lov. Også det forhold at lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten ikke er forutsatt å skulle gjelde for alternative behandlere, vil le gjort det nødvendig å trekke grenser mellom personellgruppene dersom disse skulle reguleres i en felles lov.

Endelig viser departementet til at regulering i ulike lover vil gi et bedre grunnlag for en ryddig tilnærming mellom alternativ behandling på den ene side og helsepersonell og den ordinære helsetjeneste på den andre side. Grupper av alternative behandlere vil da kunne vurderes for autorisasjon som helsepersonell, men da på de vilkår som gjelder etter helsepersonelloven.

Etter departementets oppfatning er argumentene mot innlemmelse i helsepersonelloven så mange og tungtveiende, at det i seg selv taler mot en innlemmelse. Departementet vil likevel særlig vise til de store forskjeller som innad er mellom de ulike grupper av alternative behandlere, både hva gjelder behandlingsfilosofi, faglig bakgrunn og skoleing. Dette tilsier at det offentlige bør være forsiktig med å gi signaler som hos brukerne kan oppfattes som om alternative utøvere likestilles med autorisert helsepersonell. Av samme grunn ville det ved en innlemmelse måtte gjøres unntak fra store deler av helsepersonellovens øvrige reguleringer, noe som tilsier at en slik innlemmelse ikke vil være hensiktsmessig.

Departementet foreslår derfor at det utarbeides en egen lov til regulering av alternativ behandling, fremfor å innta bestemmelser om dette i et eget kapittel i helsepersonelloven.

12.7 Lovens formålsbestemmelse

Lov 19. juni 1936 nr. 9 om adgangen for andre enn helsepersonell til å ta syke i kur (kvaksalverloven) har ingen formålsbestemmelse.

Aarbakke-utvalget foreslo ingen egen lov om alternativ behandling, men regulering i form av et eget kapittel i helsepersonelloven. Utvalgets lovforslag inneholdt derfor ingen formålsbestemmelse. Høringsinstansene har således heller ikke uttalt seg om behovet for en formålsbestemmelse eller innholdet av en slik.

Departementet finner det naturlig å ha en formålsbestemmelse når reguleringen skjer i form av en egen ny lov om alternativ behandling, jf. pkt. 12.6. Det er en utfordring å utforme en god formålsbestemmelse.

Formålet med den rettslige reguleringen av fellet, og de ulike hensyn som må ivaretas og veies mot hverandre, er drøftet i pkt. 12.4. Det som omtales som alternativ behandling omfatter et vidt spekter av behandlingsformer. Slik behandling utøves dessuten av et mangfold behandlere og i mange ulike virksomhetsformer mv. Det er derfor en utfordring å finne frem til en rettslig regulering som passer i forhold til hele det saksfeltet loven bør omfatte. Det er viktig å ha for øye hvilke overordnede hensyn som bør prioriteres ved lovreguleringen, jf. kapittel 10. Hvilke hensyn dette er, bør komme til uttrykk i lovens formålsbestemmelse.

De hovedhensynene som loven etter departementets oppfatning bør ivareta, er hensynet til pasienters sikkerhet når de søker eller mottar alternativ behandling, og hensynet til pasienters selvbestemmelsesrett når det gjelder hvilken type behandling de ønsker å motta. Disse overordnede hensynene og andre hensyn må veies mot hverandre ved utformingen av lovens bestemmelser. Som drøftet i kapittel 10 skal forbrukerperspektivet legges til grunn for politikkutviklingen, både når det gjelder rettslig regulering og tiltak av utenomrettslig karakter.

Departementet foreslår at lovens formål søkes ivaretatt ved en rettslig regulering som ikke gir pasientene direkte rettigheter, men som mer indirekte regulerer pasientenes situasjon. Utgangspunktet er at det er fritt for enhver å behandle alle typer pasienter. Av hensyn til pasientenes sikkerhet foreslår departementet likevel noen innskrenkninger i dette, jf. pkt. 12.11 til 12.14 og lovforslaget §§ 5–7. Nevnte bestemmelser innebærer en begrensning av pasientenes valgfrihet ved at det forbeholdes helsepersonell å utføre inngrep og benytte behandlingsmetoder som kan medføre alvorlig helserisiko, og å behandle visse sykdommer. Det er ikke

forbudt for pasientene å søke eller motta slik behandling hos andre enn helsepersonell, men det er forbudt for den som ikke er helsepersonell, å tilby eller gi behandlingen. De alternative behandlere er lovens pliktsubjekter, og det er således disse som risikerer straff etter lovens straffebestemmelser. Rekkevidden av hva som menes med behandling er basert på forståelsen som er drøftet i kapittel 10.

Lovens formål søkes også ivaretatt ved enkelte andre plikt- og straffebestemmelser for alternative behandlere, herunder bestemmelser om markedsføring, jf. pkt. 12.15 og lovforslaget § 8.

Formålet med den registerordningen som skal etableres med hjemmel i lovforslaget § 3, er spesielt å ivareta sentrale forbrukerhensyn, og vil bidra til et noe mer oversiktlig marked når det gjelder utøvelse av alternativ behandling, jf. kapittel 14 om registerordningen.

Lovforslaget innebærer i liten grad regulering av den næringsvirksomhet utøvere av alternativ behandling driver. Dette faller utenfor lovens formål. Alminnelig næringslovgivning kommer til anvendelse, jf. skatte- og avgiftsrettslig regulering, regnskapslovgivning, pris- og konkurranserettslige regler mv.

12.8 Lovens virkeområde og begrepsbruk samt forholdet til enkelte andre lover

12.8.1 Innledning

Lov 19. juni 1936 nr. 9 om adgangen for andre enn helsepersonell til å ta syke i kur (kvaksalverloven) har ingen egne bestemmelser om virkeområde eller begrepsbruk. Loven har heller ikke regler om forholdet til andre lover.

Aarbakke-utvalget foreslo ikke en egen lov om alternativ behandling, men regulering i form av et eget kapittel i helsepersonelloven. Helsepersonelloven har bestemmelser om virkeområde i § 2 og definisjoner i § 3. Utvalgets lovforslag inneholdt derfor ingen bestemmelse om virkeområde. Utvalgets lovforslag inneholdt heller ingen bestemmelser med definisjoner eller begrepsbruk, eller bestemmelser om forholdet til andre lover. Få eller ingen av høringsinstansene har uttalt seg om disse temaene bortsett fra mer generelle bemerkninger om bruk av begrepet «alternativ medisin» kontra «alternativ behandling», «komplementær behandling» osv.

Departementet har valgt å foreslå en egen lov om alternativ behandling, jf. pkt. 12.6. Departemen-

tet finner det da naturlig å ha en bestemmelse om virkeområde og begrepsbruk samt om forholdet til helsepersonelloven. Disse emnene behandles i pkt. 12.8.2 til 12.8.4. I pkt. 12.8.5 omtales forholdet til pasientrettighetsloven.

12.8.2 Stedlig virkeområde

Dersom det ikke fastsettes noe særskilt, eller det fastsettes at loven gjelder «i riket», gjelder loven ikke Svalbard og Jan Mayen, på kontinentalsokkelen og norske skip i utenriksfart mv.

Departementet er ikke kjent med spesielle omstendigheter som tilsier at en lov om alternativ behandling bør gjelde eller ikke gjelde på Svalbard og Jan Mayen mv.

Når det gjelder helsepersonelloven, har Kongen hjemmel til å gi forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, jf. helsepersonelloven § 2 andre ledd. Det kan fastsettes særlige regler under hensyn til de stedlige forhold. I den utstrekning det fastsettes i forskrift i medhold av helsepersonelloven § 2 tredje ledd, gjelder loven for personer på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk, på installasjoner og fartøyer i arbeid på norsk kontinentalsokkel og på norsk redningsansvarsområde. Det er foreløpig ikke fastsatt forskrifter etter helsepersonelloven § 2 andre og tredje ledd.

Den foreslåtte lov om alternativ behandling har mange berøringspunkter med helsepersonelloven, og departementet finner det naturlig at lovene har det samme stedlige virkeområdet. Departementet foreslår derfor at forskrifter om stedlig virkeområde fastsatt i medhold av helsepersonelloven, skal gjelde tilsvarende for den foreslåtte lov om alternativ behandling så langt de passer, jf. lovforslaget § 2 andre ledd.

Det er ikke gitt at alle bestemmelser i en eventuell forskrift om helsepersonellovens virkeområde vil kunne overføres direkte i forhold til den foreslåtte lov om alternativ behandling. Intensjonen er at dersom helsepersonelloven gis anvendelse, helt eller for en stor del, på angitte landområder og/eller sektorer, skal også loven om alternativ behandling gjelde på de samme områder/sektorer. Departementet ser ikke behov for bestemmelser som gir mulighet for å fastsette at loven kun delvis skal gjelde, eller for å fastsette særlige regler ut fra stedlige forhold.

12.8.3 Begrepsbruk og saklig virkeområde

12.8.3.1 Begrepet «alternativ behandling» – lovens saklige virkeområde

Begrepsbruk er drøftet i kapittel 3 ovenfor. Der fremgår det hvorfor man har valgt å bruke begrepet alternativ behandling om den virksomhet som er tema for denne odelstingsproposisjonen. Det er vanskelig å gi en presis definisjon av begrepet til bruk i loven, særlig fordi enkelte behandlingsmetoder som vanligvis anses som alternativ behandling også benyttes i noen utstrekning innenfor den etablerte helsetjenesten og/eller av autorisert helsepersonell. En eventuell definisjon kan derfor ikke utformes på den måten at slike metoder ikke omfattes av loven. Samtidig er det meningen at helsepersonell som benytter slike metoder skal omfattes av loven i noen sammenhenger, for eksempel slik at de kan la seg registrere i registerordningen, jf. kapittel 14 og lovforslaget § 3.

I lovens tittel foreslår departementet «alternativ behandling av sykdom mv.» for å gjøre det helt klart hvilken sektor loven gjelder. I loven for øvrig brukes begrepet alternativ behandling.

Departementet finner det naturlig å innta en bestemmelse om hva som menes med begrepet «alternativ behandling» i loven selv om det er vanskelig å finne en presis og dekkende formulering. En bestemmelse som foreslått i § 2 tredje ledd vil bidra til å klargjøre hva som er lovens saklige virkeområde. Departementet har i lovforslaget § 2 tredje ledd brukt følgende formulering:

«Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten, og som ikke utøves av autorisert helsepersonell. Behandling som utøves i helsetjenesten eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helsetjenesten.»

Uttrykket «helserelatert behandling» brukes fordi det blant annet vil innebære en avgrensning mot tjenester som i hovedsak retter seg mot velvære, skjønnhetspleie o.l. I denne sammenheng vises det også til lovens tittel «lov om alternativ behandling mot sykdom mv.».

Tjenester som mer direkte sikter mot forebygging av sykdom eller lidelser vil kunne omfattes, i tillegg til tjenester som tar sikte på å lindre eller kurere sykdom, lidelse eller smerte.

Noen eksempler på alternativ behandling som er mye brukt i Norge er akupunktur, homøopati og soneterapi, men loven retter seg også mot utøvere av en rekke andre typer behandling. De bestemmelser som forbeholder helsepersonell bruk av vis-

se metoder (§ 5) og behandling av visse sykdommer (§ 6 og § 7), vil innebære et forbud for alle andre enn helsepersonell mot å bruke de angjeldende metodene og behandle de angjeldende sykdommene. Forbudet vil gjelde uavhengig av om vedkommende anvender en terapiform eller sykdomsforståelse som i vanlig språkbruk vil omtales som alternativ behandling, alternativ medisin, naturterapi, komplementær behandling eller lignende. Også personer som tilbyr eller gir behandling uten å angi noen spesiell terapiform eller behandlingsfilosofi, omfattes av loven. Forbudsbestemmelsene vil også ramme personer som har hatt autorisasjon som helsepersonell, men ikke lenger har det. For eksempel vil lovforslaget § 5 innebære et helt generelt forbud for andre enn helsepersonell mot bruk av medisinske inngrep og behandlingsmetoder som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter. Bestemmelsen omfatter både inngrep og metoder som anses som «skolemedisin» og andre behandlingsmetoder dersom de medfører alvorlig helserisiko. For eksempel vil et kirurgisk inngrep for å fjerne blindtarmen være forbudt å gjennomføre for andre enn helsepersonell. Tilsvarende vil andre enn helsepersonell ikke ha lov til å gi behandling som faller inn under forbudsbestemmelsene i §§ 6 og 7 uavhengig av hvilke metoder de bruker.

Det er naturligvis ikke slik at enhver som er å anse som helsepersonell vil kunne anvende alle inngrep og behandlingsmetoder som omfattes av lovforslaget § 5. Hva ulike helsepersonellgrupper kan gjøre vil imidlertid ikke reguleres av den foreslåtte lov om alternativ behandling, men av helsepersonelloven. Det vises særlig til helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet, hvoretter helsepersonell må innrette seg etter sine kvalifikasjoner og ved behov samarbeide med eller henvise til annet helsepersonell.

Den foreslåtte loven vil komme til anvendelse ikke bare der det er personlig kontakt mellom pasient og behandler, men også der behandling/rådgivning skjer ved hjelp av ulike media. Som eksempler kan nevnes konsultasjoner/rådgivning via tele-torg eller ordinær telefonkontakt, videokonferanser, e-post eller Internett.

Loven vil komme til anvendelse uavhengig av om behandlingen skjer ervervsmessig, mot vederlag, i en pågående virksomhet, jevnlig, i et visst omfang eller lignende. Lovens begrensninger med hensyn til hvilke behandlingsmetoder som er forbeholdt helsepersonell å bruke, og hvilke sykdommer som er forbeholdt helsepersonell å behandle, vil gjelde også overfor personer som rent leilighetsvis gir behandling. Det må imidlertid innfortolkes en nedre grense når det gjelder hva som ligger i be-

grepet «behandling». Loven vil ikke ramme «kjer-ringråd» eller andre «gode råd» som gis mellom kjente eller på annen måte så lenge det ikke har preg av behandling eller rådgivning fra en behandler/rådgiver til en pasient/klient. Se også kapittel 10 for nærmere nyansering

Alminnelig religiøs virksomhet vil falle utenfor behandlingsbegrepet, også forbønn for syke og lignende. Dette gjelder aktiviteter som har sin hovedforankring i en tro og ritualer knyttet til denne. Noen former for alternativ behandling kan inneholde elementer av livssyn, verdensbilde eller religiøs tro, men likevel fremstå som behandling i lovens forstand. Ved vurderingen av om man står overfor alminnelig religiøs aktivitet eller behandlingsvirksomhet, vil relevante momenter blant annet være hva som er grunnlaget for handlingen, i hvilken sammenheng handlingen finner sted, om det dreier seg om en profesjonell virksomhet, om det ytes vederlag, og i såfall vederlagets størrelse og form.

Selv om lovens bestemmelser (unntatt § 3) foreslås å gjelde uavhengig av i hvilket omfang virksomheten drives, og uavhengig av om det ytes vederlag mv., vil slike omstendigheter kunne være av betydning for straffverdigheten og dermed straffutmålingen.

Når det spesielt gjelder registrering i det registrerte som hjemles i lovforslaget § 3, vil det være et vilkår at man utøver alternativ behandling i et visst omfang, og ikke kun unntaksvis benytter slike metoder, jf. kapittel 14. Dette gjelder hva enten behandleren driver selvstendig virksomhet eller utøver alternativ behandling som ansatt i eller utenfor helsetjenesten.

Mange av lovens bestemmelser er utformet slik at de naturlig retter seg mot fysiske personer. Bestemmelsene vil også omfatte juridiske personer, for eksempel selskaper, i den utstrekning det er relevant. For eksempel vil bestemmelsene om markedsføring gjelde også når et aksjeselskap markedsfører behandlingsvirksomhet som utøves av selskapets ansatte og/eller eiere. Som nevnt i kapittel 14 vil bare fysiske personer kunne registrere seg i den frivillige registerordningen.

I omtalen av begrepet «alternativ behandling» i lovforslaget (§ 2 tredje ledd siste punktum) brukes formuleringen «... metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helsetjenesten». Som eksempel på hva det siktes til, kan nevnes akupunktur. Denne behandlingsmetoden anvendes i det vesentligste utenfor helsetjenesten, men brukes også i noen grad i helseinstitusjoner som hører under helsetjenesten, og av autorisert helsepersonell utenfor helseinstitusjon. Helsepersonell som anvender slike behandlingsmetoder i et visst omfang vil ha anled-

ning til å la seg registrere i registeret som hjemles i § 3 dersom de fyller de øvrige vilkårene for registrering. Lovens øvrige bestemmelser, med unntak av § 8 om tittelbruk og markedsføring, har liten direkte betydning for helsepersonell. Mange av bestemmelsene retter seg mot den som ikke er helsepersonell, enten direkte etter ordlyden eller ved at visse handlinger forbeholdes helsepersonell. Se pkt. 12.8.4 om forholdet til helsepersonelloven.

12.8.3.2 Begrepet «helsepersonell»

Departementet mener det bør presiseres i lovteksten at begrepet «helsepersonell» i den foreslåtte loven brukes i samme betydning som i helsepersonelloven. Begrepet er definert i helsepersonelloven § 3 og omfatter foruten autorisert helsepersonell også blant annet «personell i helsetjenesten» som utfører handlinger som har «forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål». Når ordet «helsepersonell» brukes i lovforslaget, siktes det altså i utgangspunktet ikke til utøvere av alternativ behandling. Imidlertid vil den som utøver alternativ behandling i helsetjenesten bli å anse som helsepersonell i den utstrekning vedkommende er ansatt eller engasjert i helsetjenesten, selv om vedkommende ikke har autorisasjon som helsepersonell. Vedkommende vil ikke være å anse som helsepersonell utenfor stillingen/engasjementet i helsetjenesten. Autorisert helsepersonell er å anse som helsepersonell også når de driver virksomhet utenfor helsetjenesten.

Når det i forslaget § 2 brukes betegnelsen «autorisert helsepersonell» menes både personell som har autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 og personell som har lisens etter helsepersonelloven § 49.

12.8.3.3 Begrepet «helsetjenesten»

Departementet finner det ikke nødvendig å omtale bruken av begrepet «helsetjenesten» i selve loven. Det brukes på samme måte som i pasientrettighetsloven. «Helsetjenesten» er i pasientrettighetsloven § 1–3 bokstav d) definert som «primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten». Dette omfatter ikke bare helsetjenester som er offentlig eid, privat eid og offentlig drevet, privateid og privat drevet med avtale med det offentlige, men også (unntatt i forhold til pasientrettighetsloven kapittel 2) tilsvarende helsevirksomhet som er helt privat, men som utøves av helsepersonell. Således er det strengt tatt overflødig å nevne både helsetjenesten og autorisert helsepersonell i lovforslaget § 2 tredje og femte ledd, men formu-

ringen er valgt for at bestemmelsene ikke skal by på tvil.

12.8.3.4 Begrepet «pasient»

Departementet finner det heller ikke nødvendig å omtale bruken av begrepet «pasient» i selve loven. I lovforslaget menes med pasient den som søker eller mottar alternativ behandling. Det fremgår av sammenhengen at begrepet «pasient» i lovforslaget ikke brukes i samme betydning som i pasientrettighetsloven, hvor begrepet i § 1–3 bokstav a) er definert som «en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle».

Alternativ behandling er et vidt felt som omfatter mange ulike behandlingsmåter og tjenester. Mange av tjenestene er av en slik art at det er naturlig å tale om pasienter. I andre sammenhenger kan begrepet klient, forbruker eller bruker være like nærliggende. Pasient er likevel valgt som begrep i lovforslaget. Dette innebærer ikke nødvendigvis at vedkommende er syk. Forebyggende behandling omfattes også i noen grad.

12.8.4 Forholdet til helsepersonelloven

Idet alternativ behandling ikke sjelden utøves av helsepersonell, enten integrert i ordinære helsetjenester eller i separat virksomhet, finner departementet det hensiktsmessig å foreslå en bestemmelse om forholdet til helsepersonelloven, jf. lovforslaget § 2 femte ledd. Både av hensyn til pasientene og helsepersonellet bør det være helt klart hvorvidt helsepersonelloven gjelder.

12.8.4.1 Forslag i NOU 1998:21 Alternativ medisin

Aarbakke-utvalget har i noen utstrekning kommet inn på denne problemstillingen i pkt. 10.11.3. Se også pkt. 10.4.11 om forholdet til dagjeldende lovgivning, særlig i forhold til forsvarlighetskravet.

Utvalget foreslo at reguleringen av feltet skulle inntas som et eget kapittel i helsepersonelloven, men foreslo ingen bestemmelser som skulle regulere anvendelsen av helsepersonellovens øvrige bestemmelser når helsepersonell utøver alternativ behandling.

12.8.4.2 Høringsinstansenes syn

Enkelte av høringsinstansene har berørt problemstillinger i tilknytning til helsepersonells utøvelse av alternativ behandling.

Sykepleiernes faggruppe i alternativ medisin (SFA) henviser til utvalgets forslag til nye bestemmelser i helsepersonelloven og uttaler at slik dette lyder kan det være

«... usikkert om sykepleiere som utøver alternative behandlingsformer, har anledning til å presentere seg som alternativ terapeut og offentlig godkjent sykepleier. Det er særdeles viktig at vi ikke får en lov som gjør det vanskeligere for sykepleiere og tilby alternative behandlingsmetoder. SFA presiserer at det ikke må innføres en lovtekst eller forskrift som behandler offentlig godkjente sykepleiere og annet godkjent helsepersonell strengere enn andre alternative terapeuter uten slik offentlig godkjenning.»

Norsk Sykepleierforbund uttaler:

«For å ivareta kravet til faglig forsvarlig virksomhet, mener vi også at helsepersonell i sin tjeneste i det etablerte helsevesen ikke kan benytte alternative behandlingsmetoder i sitt arbeid uten at dette er definert som en del av det totale medisinske og sykepleiefaglige tilbudet på stedet.

Vi mener imidlertid at helsepersonell som utdanner seg innen alternativ medisin, for eksempel som homøopater, soneterapeuter o. l. må kunne praktisere dette på privat basis på lik linje med andre.»

12.8.4.3 Departementets vurdering og forslag

Departementet er av den oppfatning at helsepersonell må innordne seg helsepersonelloven også når de utøver alternativ behandling. Dette er klart der den alternative behandlingen gis som et ledd i behandlingen i en helseinstitusjon innen helsetjenesten, men må etter departementets syn gjelde også der autorisert helsepersonell yter alternativ behandling utenfor helseinstitusjon, enten som en integrert del av sin ordinære virksomhet som helsepersonell eller i en virksomhet hvor vedkommen- de i hovedsak yter alternativ behandling.

Det vises til helsepersonelloven § 2 om lovens virkeområde hvor det i første ledd heter: «Loven gjelder for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket.» Helsehjelp er i § 3 tredje ledd definert som «enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell». Dersom helsepersonell (som definert i § 3 første ledd) utfører slike handlinger gjelder altså helsepersonelloven. Dette må være tilfelle selv om handlingene er å karakterisere som alternativ behandling.

Det ville bli vanskelig dersom rettstilstanden

skulle være at helsepersonelloven ikke gjelder når helsepersonell utøver alternativ behandling, eller skulle gjelde bare når de gjør det innen helsetjenesten. Det vil i mange tilfeller være vanskelig å trekke et klart skille, for eksempel der en lege integrerer akupunktur i sin ordinære legevirksomhet. I andre tilfelle ville det være enklere å sonde, for eksempel der en sykepleier dels utøver sykepleieryrket ved et sykehus og dels driver en privat naturterapivirksomhet, eller har gått helt over i privat virksomhet innen alternativ behandling. Men selv i slike tilfeller vil pasientene kunne ha forventninger om at de regler som gjelder for helsepersonell, vil gjelde. Dette vil særlig være tilfelle dersom behandleren i sin markedsføring benytter helsepersonelltittelen eller fremhever sin bakgrunn som helsepersonell, men vil også kunne gjelde der pasienten på annen måte vet eller får vite at behandleren har autorisasjon som helsepersonell. Det kan være grunn til å tro at en del pasienter velger bestemte alternative behandlere nettopp fordi de vet at vedkommende også er autorisert helsepersonell.

Departementet finner ikke grunn til å foreslå at den som vil drive virksomhet innen alternativ behandling, må frasi seg sin autorisasjon som helsepersonell. Med en slik ordning ville det lettere skapes klare linjer mellom hva som er skolemedisin og ordinær helsetjeneste på den ene siden og hva som er alternativ behandling. Departementet finner det imidlertid ikke hensiktsmessig å foreslå en slik regel. Dels ville det gjøre det umulig for en utøver å kombinere ansettelse i den ordinære helsetjenesten med privat virksomhet innen alternativ behandling. Dette ville blant annet kunne føre til ytterligere mangel på helsepersonell i institusjoner mv. Dels ville en slik ordning begrense integreringen av alternative behandlingsmetoder i ordinær helsetjeneste fordi behandlingsmetodene da ikke kunne integreres i form av at autorisert helsepersonell anvender dem. Departementet har som siktemål å oppnå større grad av integrering av alternativ behandling i helsetjenesten i de tilfeller behandlingsformene viser seg å ha effekt basert på forskning og systematisk erfaring, jf. særlig omtalen i kapittel 10 og 11. Det ville derfor være mot sin hensikt dersom helsepersonell skulle frasi seg sin autorisasjon fordi de ønsker å anvende alternativ behandling.

Departementet foreslår derimot at det gjøres helt klart i den nye loven at helsepersonelloven også gjelder når alternativ behandling utøves i helsetjenesten eller av autorisert helsepersonell, jf. lovforslaget § 2 siste ledd.

Helsepersonellovens krav vil altså gjelde også der for eksempel en person med autorisasjon som fysioterapeut driver en selvstendig virksomhet som

homøopat. Vedkommende må da innrette seg etter de plikter som følger av helsepersonelloven, herunder forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4, taushetsplikt, plikt til å føre journal, opplysningsplikt og meldeplikt osv. Dette gjelder uavhengig av om vedkommende også anvender fysikalsk behandling i kombinasjon med homøopati eller i annen sammenheng.

Eventuelle brudd på enkelte av helsepersonellovens plikter vil muligens ikke bli ansett like straffverdig der virksomheten ligger langt utenfor kjerneområdet for helsepersonelloven og pasienten dessuten ikke er gitt inntrykk av at virksomheten utøves av helsepersonell, som i tilfeller der det er mer nærliggende at lovens regler skal gjelde og pasientene naturlig vil ha forventninger om det. Som eksempel kan nevnes tilfeller der behandleren ikke har utøvet det yrke vedkommende er autorisert for på lang tid, ikke benytter tittelen eller bakgrunnen som autorisert helsepersonell i markedsføringen av den alternative behandlingsvirksomheten, og denne virksomheten er av en slik karakter at tjenestene ligger relativt langt fra det helsepersonell vanligvis tilbyr.

Dersom en person med autorisasjon som helsepersonell ikke lenger utøver det yrket vedkommende er autorisert for, har vedkommende mulighet for frivillig å gi avkall på autorisasjonen etter helsepersonelloven § 61. Gjør man det, er man ikke lenger helsepersonell i lovens forstand. Man kan da utøve alternativ behandling uten av være bundet av de pliktene som følger av helsepersonelloven. På den annen side må man da innrette seg etter de begrensningene som følger av den foreslåtte lov om alternativ behandling.

Dersom vedkommende beholder autorisasjonen vil helsepersonelloven gjelde selv om virksomheten ligger utenfor den type virksomhet helsepersonell vanligvis utøver. Helsepersonell som driver alternativ behandlingsvirksomhet bør informere pasientene om at helsepersonelloven gjelder, også om behandleren ikke markedsfører virksomheten med at han eller hun er autorisert helsepersonell.

Tidligere helsepersonell som har gitt avkall på autorisasjonen, bør informere pasientene om dette og om at helsepersonelloven ikke gjelder. Dette er særlig viktig dersom det er grunn til å tro at pasienten har valgt denne behandleren på grunn av vedkommendes bakgrunn som helsepersonell.

Det bemerkes også at en alternativ behandler eventuelle bakgrunn som helsepersonell vil kunne få en viss betydning ved vurdering av straff for brudd på den foreslåtte loven om alternativ behandling. Det må antas at det vil stilles større aktsomhetskrav til den som har gjennomgått relevant hel-

sefaglig utdanning, og dermed har bedre grunnlag for å vurdere pasientens sykdomsbilde og sine egne begrensninger mv.

Flere av bestemmelsene i helsepersonelloven retter seg mot «den som yter helsehjelp», jf. for eksempel § 10 om informasjon og § 39 om journalføring. «Helsehjelp» er som nevnt definert som «enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell». Alternativ behandling som har slikt formål, og som utøves av helsepersonell må i denne sammenheng anses som helsehjelp, slik at § 10, § 39 med flere kommer til anvendelse.

Tilsvarende må gjelde der helsepersonelloven bruker begrep som «helsetjenester», jf. for eksempel § 13.

Enkelte av pliktbestemmelsene i helsepersonelloven er etter ordlyden knyttet opp mot rettigheter etter pasientrettighetsloven. Dette gjelder plikten til å gi pasienter og pårørende informasjon og innsyn i journal, jf. helsepersonelloven § 10 og § 41. Disse bestemmelsene vil således ikke kunne anvendes direkte der pasientrettighetsloven ikke gjelder, jf. pkt. 12.8.5 om i hvilken utstrekning pasientrettighetsloven må antas å gjelde i forbindelse med alternativ behandling. Etter departementets vurdering bør plikten til gi informasjon og innsyn i journal gjelde også der autorisert helsepersonell driver alternativ behandlingsvirksomhet utenfor helsetjenesten. Departementet foreslår en bestemmelse som presiserer dette, jf. lovforslaget § 2 femte ledd andre punktum. Dette innebærer for eksempel at en person med hjelpepleier-autorisasjon som driver virksomhet som soneterapeut, ikke bare må føre pasientjournal (jf. helsepersonelloven § 39), men også har plikt til å gi pasienten innsyn i journalen, jf. § 41, jf. pasientrettighetsloven § 5–1. Videre må en slik behandler gi informasjon tilsvarende det som følger av helsepersonelloven § 10 sett i sammenheng med pasientrettighetsloven § 3–2 til § 3–4. Informasjonsplikt og plikt til å gi innsyn i journal gjelder først og fremst i forhold til pasienten, men kan også være aktuelt i forhold til pårørende. Dette vil særlig være aktuelt der pasienten er mindreårig. Det vises til pasientrettighetsloven § 3–3 og § 3–4 (informasjon) og § 5–1 fjerde og femte ledd (journalinnsyn).

Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 setter skranker for hva helsepersonell kan gjøre. Helsepersonell kan ikke gi behandling som ikke anses faglig forsvarlig. Det innebærer imidlertid ikke at alle behandlingsmetoder helsepersonell ønsker å gjøre bruk av, må være dokumentert effektiv med vitenskapelige forskningsmetoder. Det vises

til Ot.prp. nr. 13 (1998–99) Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven) pkt. 4.2.6.7 hvor det heter:

«Departementet vil bemerke at forsvarlighetskravet også vil gjelde helsepersonells utøvelse av alternative behandlingsformer, som for eksempel akupunktur. Det forutsettes bl a at helsepersonellet har tilstrekkelig kompetanse til bruk av disse metoder. Videre kan det være et spørsmål om visse metoder kan benyttes fordi de i seg selv ikke kan ansees forsvarlige, uavhengig av den enkeltes kompetanse. Hvis autorisert helsepersonell ved bruk av sin tittel har rekruttert pasienter og tilbyr en ikke-dokumentert behandling innenfor sin alminnelige praksis, kan dette være en sammenblanding som ansees uforenlig med de formål som begrunner autorisasjonen. Det kan allikevel ikke gjelde alle ikke-dokumenterte metoder, men må vurderes konkret.»

Statens helsetilsyn og fylkeslegene fører tilsyn med helsetjenesten og helsepersonell i landet i henhold til lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten, jf. nærmere om dette under pkt. 12.17.6. Disse instansene må føre tilsyn med helsepersonells virksomhet også når helsepersonell utøver alternativ behandling i eller utenfor helsetjenesten. Reglen i helsepersonelloven § 55 om at pasienten kan anmode tilsynsmyndighetene om å vurdere mulig brudd på plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven, kan anvendes også når helsepersonell utøver alternativ behandling. Det samme gjelder de administrative reaksjonsmuligheter tilsynet har overfor helsepersonell, herunder advarsel og tilbakekall av autorisasjon.

De nevnte instansene skal ikke føre tilsyn med alternativ behandling som utøves av andre enn helsepersonell.

12.8.5 Forholdet til pasientrettighetsloven

Pasienters rettigheter i forhold til helsetjenesten er regulert i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter. Lovens anvendelse i forhold til alternativ behandling er ikke regulert i loven og er heller ikke omtalt i forarbeidene. Hvorvidt eller i hvilken utstrekning pasientrettighetsloven kommer til anvendelse i forbindelse med alternativ behandling, beror således etter dagens rettstilstand på en tolkning av loven. Det vises til pkt. 7.4.

Aarbakke-utvalget foreslo ingen regulering av forholdet til pasientrettighetsloven, som da ennå ikke var vedtatt.

Departementet foreslår heller ingen bestemmelse om forholdet til pasientrettighetsloven i den nye loven om alternativ behandling.

Som etter gjeldende rett vil situasjonen være at pasientrettighetsloven kommer til anvendelse når alternative behandlingsmetoder anvendes i helsetjenesten, men ikke når alternativ behandling utøves utenfor helsetjenesten.

Pasientrettighetsloven vil således ikke gjelde ved behandling hos alternativ behandler som ikke har autorisasjon som helsepersonell, unntatt der behandling skjer i den ordinære helsetjenesten.

Pasientrettighetslovens regler om rett til medvirkning og informasjon og journalinnsyn samt samtykkebestemmelser, jf. kapittel 3, 4 og 5, gjelder i autorisert helsepersonells private virksomhet når vedkommende yter ordinære helsetjenester. Dette må også gjelde dersom alternativ behandling integreres i slik virksomhet. Det kan stille seg annerledes der personer med autorisasjon som helsepersonell driver en virksomhet som i det alt vesentlige er basert på alternativ behandling og som foregår utenfor helsetjenesten. Pasientrettighetsloven vil neppe komme til anvendelse i slik sammenheng. Det er vanskelig å trekke en skarp grense mellom ordinær helsehjelp og alternativ behandling, og det vil derfor bero på en konkret vurdering om man er utenfor pasientrettighetslovens virkeområde.

Klageordningen i pasientrettighetsloven kapittel 7 må kunne anvendes i den utstrekning pasientrettighetsloven gjelder i forholdet mellom den som utøver og den som mottar alternativ behandling, jf. forrige avsnitt.

Enkelte pasientrettigheter korresponderer med plikter etter helsepersonelloven. Når autorisert helsepersonell utøver alternativ behandling utenfor helsetjenesten, vil pasienten således indirekte ha en rettighet fordi helsepersonelloven vil gjelde, selv om pasientrettighetsloven ikke gjelder. I noen tilfeller er pliktbestemmelser i helsepersonelloven etter ordlyden knyttet opp mot rettigheter i pasientrettighetsloven. Se nærmere om dette under pkt. 12.8.4 ovenfor.

Departementet antar at det i praksis ofte ikke vil være av stor betydning om pasientrettighetsloven gjelder i forhold til alternativ behandling. Det må antas at mange alternative behandlere, enten de er autorisert helsepersonell eller ikke, som en naturlig del av virksomheten uansett vil gi informasjon og innsyn i journal i omtrent samme utstrekning som pasientrettighetsloven gir anvisning på for sitt virkeområde. For noen vil lignende plikter til dels følge av etiske regler fastsatt av en yrkesorganisasjon som vedkommende er medlem av.

12.9 Lovfesting av frivillig registerordning

12.9.1 Gjeldende rett

Det gjelder i dag ingen offentlig registerordning for utøvere av alternativ behandling. Spørsmålet om det bør innføres en slik registerordning, og ordningens nærmere innhold er drøftet i kapittel 14. Som det vil fremgå anbefaler departementet at det innføres en slik registerordning. I dette punkt skal kun drøftes hvorvidt ordningen skal lovfestes.

12.9.2 Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin

Utvalget har foreslått at det opprettes en frivillig registerordning for utøvere av alternativ behandling. Ordningen ble foreslått lovhjemlet i ny § 78 i helsepersonelloven, og lød:

«Kongen gir forskrift om en særlig frivillig registerordning for helsepersonell og andre som tar syke i kur, og som anvender alternativmedisinske behandlingsmetoder.»

I merknadene til bestemmelsen har utvalget uttalt at bestemmelsen ville gi Kongen en rett og plikt til å gi forskrift om en registerordning. Utvalget har ved valg av ordlyd ønsket 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.

Utvalget har foreslått at registerordningen både skal omfatte personer som er helsepersonell etter definisjonen i helsepersonelloven § 3 og som utøver alternativ behandling, og andre som utøver alternativ behandling.

Utvalget har vist til at denne bestemmelsen dermed er den eneste bestemmelsen i lovforslaget som også omhandler helsepersonell. Når det gjelder regulering av helsepersonells virksomhet, følger denne av helsepersonelloven øvrige kapitler, og ikke av de øvrige bestemmelser i utvalgets lovforslag.

Utvalget har foreslått at registrering skal være frivillig, og at det ikke skal være et vilkår for å utøve alternativ behandling at man lar seg registrere.

12.9.3 Høringsinstansenes syn

Et stort antall høringsinstanser har uttalt seg til den foreslåtte registerordning. Imidlertid har ingen konkret uttalt seg til spørsmålet om registerordningen bør lovfestes eller ikke. Når det gjelder hø-

ringsinstansenes syn på den foreslåtte registerordnings innhold, vises det til pkt. 14.3.

12.9.4 Departementets vurdering og forslag

Når det gjelder drøftelsen av om det bør opprettes en frivillig registerordning, viser departementet til kapittel 14, hvor det fremgår at departementet foreslår opprettet en slik registerordning. Registerordningens nærmere innhold drøftes også i kapittel 14.

I herværende punkt skal kun drøftes hvorvidt registerordningen skal lovfestes, og da i den forstand at departementet plikter å opprette en slik registerordning såfremt Stortinget vedtar bestemmelsen.

Departementet viser til at registerordningen anses som et viktig virkemiddel når det gjelder arbeidet med å skille mellom seriøse og useriøse utøvere av alternativ behandling, jf. kapittel 10. Når det foreslås opprettet en slik ordning, er det etter departementets oppfatning også naturlig at denne hjemles i samme lov som ellers inneholder bestemmelser som er relevante for utøvere av alternativ behandling. Departementet foreslår etter dette at en frivillig registerordning for helsepersonell og andre som utøver alternativ behandling, lovfestes. Bestemmelsen foreslås inntatt som § 3 i lovforslaget og lyder:

«Departementet gir forskrift om en frivillig registerordning for helsepersonell og andre som utøver alternativ behandling. Herunder kan det gis bestemmelser om

1. gebyr ved registrering og
2. årlig avgift for opprettholdelse av registreringen.»

Bestemmelsen gir departementet rett – og plikt – til å gi forskrift om en registerordning. Dersom Stortinget vedtar lovbestemmelsen, skal det opprettes en registerordning og departementet vil fastsette registerordningens nærmere innhold ved forskrift.

Som det vil fremgå vil registerordningen være åpen for både personer som er helsepersonell etter definisjonen i helsepersonelloven § 3 og som utøver alternativ behandling, og andre som utøver alternativ behandling.

Departementet foreslår at registerordningen skal være frivillig. Det vil si at det ikke skal være et vilkår at man er registrert for å utøve alternativ behandling. Dette betyr videre at alle de øvrige bestemmelsene i loven gjelder for utøvere av alternativ behandling uavhengig av om de er registrert eller ikke.

Behandlere må utøve virksomhet av et visst om-

fang, for å kunne bli registrert. Den som kun utøver alternativ behandling leilighetsvis vil ikke kunne bli registrert.

12.10 Taushetsplikt

12.10.1 Gjeldende rett

I dag er ikke alternative behandlere pålagt taushetsplikt ved lov. Et stort flertall av utøverne praktiserer imidlertid slik taushetsplikt allerede, enten etter selvstendig initiativ, eller fordi de er pålagt slik taushetsplikt gjennom sine yrkesorganisasjoners etiske regelverk eller lignende. I denne forbindelse skal det også vises til at personopplysningsloven setter strenge regler for behandling av (sensitive) personopplysninger, se pkt. 7.12.

Når det gjelder rettslig regulering i andre land vises det til kapittel 8.

12.10.2 Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin

Utvalget foreslo innført en lovbestemt taushetsplikt også for andre behandlere enn helsepersonell. Bestemmelsen var foreslått inntatt som ny § 77 i helsepersonelloven, og lød:

«For andre behandlere enn helsepersonell gjelder bestemmelsene om taushetsplikt i §§ 21 til 25 tilsvarende.»

Utvalget begrunnet særlig innføring av lovpålagt taushetsplikt med at

«(U)tøverne 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.»

Utvalget foreslo at brudd på bestemmelsen om taushetsplikt skulle være straffbart etter lovforslagets § 79. Den ordinære strafferammen i § 79 første ledd ble foreslått å tilsvare den som kommer til anvendelse ved helsepersonells brudd på taushetsplikten etter helsepersonelloven § 67. Imidlertid fulgte det av den foreslåtte § 79 annet ledd at strafferammen kunne økes til seks måneders fengsel ved særlig skjerpene omstendigheter eller gjentagelse.

Utvalget forutsatte at straffeutmålingen i praksis skulle ligge på samme nivå for helsepersonell og utøvere av alternativ medisin.

12.10.3 Høringsinstansenes syn

Et stort antall av høringsinstansene har uttalt seg om spørsmålet om lovpålagt taushetsplikt. Nær sagt uten unntak har høringsinstansene støttet forslaget.

Imidlertid har *Fylkeslegen i Vestfold* påpekt at det vil medføre problemer å skulle kontrollere at den foreslåtte taushetspliktbestemmelse overholdes, og at slik kontroll uansett ikke vil være en oppgave for fylkeslegene.

12.10.4 Departementets vurdering og forslag

Departementet viser til at taushetsplikt i et pasient-/behandlerforhold, av mange oppfattes som en grunnleggende pasient-/forbrukerrettighet. Dette må i stor grad sies å gjelde uavhengig av om behandlingen gis innenfor den ordinære helsetjenesten, fra helsepersonell eller fra alternativ behandler.

Mange alternative behandlere vil i sin virksomhet få kjennskap til en betydelig mengde helseopplysninger eller andre personlige opplysninger, og slike opplysninger bør behandles slik at de ikke tilflyter uvedkommende. Det at en behandler er pålagt regler om taushetsplikt, oppfattes ofte som en nødvendig forutsetning for et best mulig tillitsforhold mellom behandler og pasient, noe som igjen vil være viktig for å kunne å yte best mulig hjelp. Etter departementets oppfatning taler dette for at også alternative behandlere pålegges taushetsplikt ved lov.

Departementet viser også til at nær sagt alle høringsinstansene som har uttalt seg om spørsmålet har støttet forslaget om lovpålagt taushetsplikt.

Argumenter mot en slik lovfesting av taushetsplikt, er særlig at mange alternative behandlere som nevnt allerede er pålagt taushetsplikt etter yrkesetiske regler. En lovfesting kan derfor i noen grad fremstå som unødvendig. Departementet viser også til at det i mangel av egnet tilsynsorgan, vil kunne være vanskelig å føre et reelt og effektivt tilsyn med overholdelse av taushetsplikten.

Etter departementets vurdering er taushetsplikt en så grunnleggende pasient-/forbrukerrettighet at den bør lovfestes for alternative behandlere. Selv om man som nevnt ikke vil kunne føre fullstendig tilsyn med etterlevelse av bestemmelsen på grunn av manglende offentlig tilsynsorgan,

vil overtredelse være straffbar. Dette vil sannsynligvis være tilstrekkelig til at bestemmelsen i de fleste tilfeller overholdes. I tillegg følger det av den foreslåtte registerordning at godkjente utøverorganisasjoner selv vil kunne behandle klager vedrørende brudd på taushetsplikt. Slik sett vil utøverorganisasjonene kunne føre tilsyn med egne medlemmer i forhold til bestemmelsen.

Departementet foreslår etter dette at taushetsplikt for alternative behandlere lovfestes. Bestemmelsen er inntatt som § 4 i lovforslaget, og lyder:

«Bestemmelsene om taushetsplikt i helsepersonelloven §§ 21 til 25 gjelder tilsvarende for andre enn helsepersonell som utøver alternativ behandling, så langt de passer.»

Behandlere som ikke er helsepersonell vil etter dette være pålagt tilsvarende taushetsplikt som helsepersonell etter helsepersonelloven §§ 21–25. I Ot.prp. nr. 13 (1999–98) om lov om helsepersonell mv. er det redegjort for reglenes innhold, jf. særlig kapittel 11. Flere av bestemmelsene om unntak fra taushetsplikt for helsepersonell er tilpasset helsepersonell innenfor den ordinære helsetjenesten, og bør ikke få tilsvarende anvendelse for alternative behandlere utenfor helsetjenesten. Helsepersonellovens bestemmelser i §§ 21–25 om taushetsplikt gjelder derfor tilsvarende så langt de passer. Dette innebærer blant annet at regler i §§ 21–25 som regulerer annet enn taushetsplikt ikke vil komme til anvendelse.

Som eksempel kan det vises til helsepersonelloven § 24 andre ledd som omhandler pårørendes rett til innsyn i journal etter pasientens død. En pasient hos en alternativ behandler ville ikke hatt rett til innsyn i journal etter helsepersonelloven § 41 første ledd, jf. pasientrettighetsloven § 5–1, og det er derfor ikke naturlig å gi en slik utvidet rett til pasientens pårørende. Mange alternative behandlere fører heller ikke pasientjournal, idet de ikke er pålagt journalføringsplikt. Selv om plikten til å gi journalinnsyn etter § 24 andre ledd dermed ikke gjelder, er det imidlertid ikke noe i veien for at det etter pasientens død gis taushetsbelagte opplysninger i samsvar med taushetspliktbestemmelsen i § 24 første ledd. Det forutsettes at det her kun gis taushetsbelagte opplysninger innenfor den opplysningsrett som følger av bestemmelsen.

Brudd på bestemmelsen foreslås straffbelagt i henhold til lovforslagets § 9.

Den ordinære strafferammen i § 9 første ledd tilsvarende strafferammen i den straffebestemmelse som kommer til anvendelse ved helsepersonells brudd på taushetsplikten, jf. helsepersonelloven § 67.

12.11 Medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko

12.11.1 Gjeldende rett

I kvaksalverloven § 3 er det inntatt flere bestemmelser som forbyr den som tar syke i kur uten å være helsepersonell å ta i bruk nærmere bestemte undersøkelses- eller behandlingsformer.

Av § 3 første ledd følger det at vedkommende ikke må

«(...) 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 etter nærmere bestemmelse av Kongen bare må anvendes av helsepersonell som nevnt.»

Forskriftshjemmelen er ikke benyttet.

Bestemmelsens første forbudsalternativ vil i all hovedsak gjelde reseptbelagte legemidler, jf. nærmere om dette under pkt. 7.14 hvor legemiddelloven omtales.

Rekkevidden av forbudet mot å foreta «operative inngrep», har vært omdiskutert, og da særlig spørsmålet om nåleakupunktur skal være å regne for operativt inngrep i lovens forstand. Helsedirektoratet/Statens helsetilsyn har tidligere tolket forbudet til å omfatte all perforering av hudens overflate i forbindelse med diagnostisering eller behandling av sykdom, noe som blant annet vil omfatte både blodprøvetaking og akupunktur. Spørsmålet har også vært forelagt Justisdepartementets lovavdeling, som ved brev av 29. desember 1982 har uttalt at svaret kan bero på hvor dypt nålene stikkes og på medisinske vurderinger av risikoen for skadevirkninger. Videre har Riksadvokaten uttalt at det er noe uklar hjemmel for å gripe inn med straff mot antatte brudd på lovens § 3, jf. NOU 1998:21, pkt. 10.4.8.4 hvor dette kommenteres.

I forbindelse med de endringer i kvaksalverloven som fant sted ved vedtagelsen av helsepersonelloven, uttalte departementet i Ot.prp. nr. 13 (1998–99) side 203 at:

«Begrepet «operative inngrep» blir av enkelte tolket til å omfatte enhver perforering av hudens overflate, slik at det kun er leger og tannleger som lovlig kan ta blodprøve eller sette sprøyter, noe som i praksis løses ved å anse sykepleier, bioingeniører el som leges medhjelper. Nåleakupunktur regnes også som «operativt inngrep» etter denne lovforståelsen. Dette er en tvilsom fortolkning som trolig ikke vil være holdbar i en straffesak.»

Av annen lovgivning som setter forbud mot operative inngrep, viser departementet særlig til lov av 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse. Etter denne loven er all omskjæring av kvinner forbudt, også for helsepersonell.

Når det gjelder forbudene mot å «gi innsprøitninger» og å «sette fullstendig eller lokal bedøvelse», er disse ikke nærmere omtalt i lovens forarbeider. Det vil således bero på en konkret vurdering hvor langt disse rekker. I Rt. 1966 s. 557 ble en person domfelt etter § 3 for å ha gitt innsprøytninger med en blanding av vann og sprit. Når det gjelder forbudet mot å sette bedøvelse, kan det tenkes at dette også vil kunne ramme bruk av akupunktur som bedøvelse.

Overtredelse av lovens §§ 1–4 eller medvirkning til dette, straffes etter § 6 med bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Straffen kan forhøyes inntil seks måneder i gjentakelsestilfeller og under særdeles skjerpende omstendigheter. Overtredelse er å anse som foreseelse.

Når det gjelder rettslig regulering i andre land vises det til kapittel 8.

12.11.2 Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin

Aarbakke-utvalget foreslo å innføre en samlet lovbestemmelse som skulle regulere hvilken yrkesutøvelse som skulle være forbeholdt helsepersonell. Bestemmelsen var foreslått inntatt som ny § 76 i helsepersonelloven. Når det konkret gjelder medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko, var dette foreslått regulert i bestemmelsens første ledd som skulle lyde:

«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.»

Innholdet i bestemmelsen tilsvarte i stor utstrekning utkastet til § 87 i Sosial- og helsedepartementets høringsnotat om ny helsepersonellov mv. Utvalget påpekte at som utgangspunkt ville det stå enhver fritt å undersøke og behandle syke, mens den foreslåtte § 76 ville fastsette innskrenkninger i denne adgangen. Innskrenkningene etter første ledd gjaldt i forhold til behandlingsmetoder og medisinske inngrep som innebærer alvorlig helserisiko. Behandling i strid med bestemmelsen ville være ulovlig, og straffbar etter forslaget § 79. Eventuell straff skulle bare ramme den som ga behand-

ling, og det ble presisert at det ikke ville være straffbart for pasienten å søke eller motta behandling.

Utvalget viste til at forslagets første ledd ville innebære en videreføring av kvaksalverloven § 3, men at bestemmelsen var gitt en generell form i stedet for å inneholde en konkret oppramsing av behandlingsformer. Avgjørende for om en behandlingsform eller et medisinsk inngrep skulle være forbeholdt helsepersonell, ville være om metoden kunne medføre alvorlig helserisiko for pasienter. Risikoen skulle vurderes generelt, og ikke i forhold til den enkelte pasient.

Utvalget viste også til at bestemmelsen var mer generell i formen enn kvaksalverloven med hensyn til hvem som skulle kunne utøve de risikofylte metoder og inngrep. Utvalgets forslag om å anvende det generelle uttrykket helsepersonell i stedet for angivelse av spesielle helsepersonellgrupper (leger, tannleger), tilsvarte den lovendring som ble gjort i kvaksalverloven i forbindelse med vedtagelsen av helsepersonelloven.

Utvalgte presiserte at bestemmelsen skulle regulere hva andre enn helsepersonell kunne eller ikke kunne gjøre. Når det gjaldt hvilke helsepersonellgrupper som skulle kunne gjøre hva, viste utvalget til at dette ville bli regulert av helsepersonelloven § 4 om krav til forsvarlig yrkesutøvelse.

12.11.3 Høringsinstansenes syn

Som tidligere nevnt har mange høringsuttalelser hatt en generell form når det gjelder utvalgets forslag til lovregulering. Når det gjelder regelen i den foreslåtte § 76 første ledd, har svært få høringsinstanser uttalt seg konkret til denne.

Fylkeslegen i Vest-Agder har generelt uttalt at kvaksalverloven er moden for revisjon, og at regulering av alternative behandlers yrkesutøvelse må tilpasses dagens virkelighet. Fylkeslegen har deretter konkret vist til at begrepet «medisinske inngrep» som er benyttet i utvalgets §§ 76 og 80, burde endres til bare «inngrep». Fylkeslegen har her vist til at en del alternative behandlere neppe ville akseptere at deres behandling betegnes som «medisinsk».

Nordisk Akupunkturhøgskole (NAHS) har støttet forslaget om opphevelse av kvaksalverloven og forslaget om lovpålagt taushetsplikt. Videre har NAHS støttet

«(...) forslaget om at medisinske inngrep eller annen behandling som kan medføre alvorlig helserisiko (...) bare skal kunne behandles av helsepersonell».

12.11.4 Departementets vurdering og forslag

Som nevnt inneholder kvaksalverloven § 3 begrensninger i forhold til hvem som kan utføre nærmere bestemte inngrep eller former for behandling. Som påpekt ovenfor har bestemmelsen medført en del tolkningstvil, og bestemmelsens kasuistisk form har også gjort bestemmelsen vanskelig å anvende.

Etter departementets oppfatning vil det fortsatt være behov for regulering som setter grenser for hvem som skal kunne utføre medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter. Det forhold at få høringsinstanser har uttalt seg negativt til en slik bestemmelse, styrker også departementets oppfatning av at det fortsatt er nødvendig med slik regulering.

Innenfor helsetjenesten gjennomføres det daglig et stort antall medisinske «inngrep» som krever høy fagkompetanse, avansert utstyr og/eller omhyggelig overvåkning og oppfølging av pasienten. Det mest nærliggende eksempel på slik virksomhet er kirurgiske inngrep. Omfattende og kompliserte kirurgiske inngrep vil i seg selv innebære stor helserisiko, men også mindre inngrep vil kunne medføre stor helserisiko, for eksempel i form av skader på organer eller vitale funksjoner, ukontrollerte blødninger eller infeksjoner. Dersom slik virksomhet skulle bli utført av ukyndige ville det gjennomgående medføre en alvorlig helserisiko for pasienten.

Når det gjelder medisinsk «behandling» som vil kunne medføre alvorlig helserisiko for pasienten, viser departementet blant annet til at medikamentell behandling vil kunne omfattes. Selv om slik behandling gis for et stort antall lidelser, hvorav enkelte er mindre alvorlige, vil medikamenter brukt på en ukyndig måte kunne medføre stor helserisiko for pasienten. Selv om tilgjengeligheten og bruken av legemidler er strengt regulert gjennom bl.a. legemiddellovgivningen, vil tilsvarende helserisiko kunne oppstå dersom ukyndige benytter seg av ulike urter eller droger i sin behandling. Også deler av den behandling som gis innenfor manuelle terapiformer, kjennetegnes ved at de kan medføre en alvorlig helserisiko for pasienten dersom de utføres feil eller på feil indikasjoner. Med behandling menes også bruk av apparater hvor stråler fra apparaturen brukes i behandlingsøyemed.

Under henvisning til ovennevnte er det departementets oppfatning at den risiko som kan være forbundet med visse former for medisinske inngrep eller behandling, tilsier at det fortsatt bør gjelde begrensninger i forhold til hvem som skal ha adgang til å utføre slik virksomhet. I likhet med utvalget, er

departementet videre av den oppfatning at en bestemmelse som setter grenser for hvem som skal kunne utføre medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter, i størst mulig grad bør utformes generelt.

Departementet foreslår etter dette at det i lov om alternativ behandling inntas en bestemmelse som fastslår at kun helsepersonell skal kunne utføre medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter. Bestemmelsen foreslås inntatt som § 5 i lovforslaget og lyder:

«Medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter, skal kun utøves av helsepersonell.

Departementet kan ved forskrift bestemme det nærmere innholdet i første ledd.»

Utgangspunktet for bestemmelsen er at det står enhver fritt å undersøke og behandle syke, samtidig som det fastsettes innskrenkninger i denne adgangen.

Forbudet i § 5 gjelder ikke for helsepersonell. Situasjonen for helsepersonell reguleres av lov om helsepersonell mv. § 4 om faglig forsvarlighet, innrettelse etter kvalifikasjoner mv. Det må vurderes konkret for de ulike typer inngrep og den enkelte behandlingsmetode, hvilke(n) gruppe(r) helsepersonell som har kompetanse til å bruke metoden/utføre inngrepet. Visse metoder/inngrep vil etter en slik vurdering kunne være forbeholdt høyt spesialiserte leger eller tannleger, mens andre metoder vil kunne benyttes av flere grupper helsepersonell.

Selv om begrepet «pasient» er brukt i bestemmelsen, innebærer ikke dette at vedkommende skal anses som «pasient» i henhold til lov om pasientrettigheter, jf. nærmere om forholdet til pasientrettighetsloven under pkt. 12.8.

Fremfor en konkret oppramsing av de spesifikke behandlingsformer eller medisinske inngrep som skal være forbeholdt helsepersonell, er § 5 gitt en generell form ved at den retter seg mot alle former for medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienten.

Risikoen må vurderes generelt, og ikke i forhold til den enkelte pasient. Imidlertid vil medisinske inngrep eller behandling som ikke omfattes av forbudet i § 5, etter en konkret vurdering kunne være straffbar etter § 9 i forbindelse med behandling av en bestemt pasient. Som eksempel kan det vises til tilfeller hvor pasienten har en tilleggssykdom som gjør at bruk av en bestemt behandlingsmetode for denne pasienten innebærer en alvorlig helserisiko, selv om behandlingsmetoden generelt ikke vil innebære slik risiko for andre pasienter. Et annet eksempel på behandling som ikke generelt

vil «medføre alvorlig helserisiko for pasienter», men som allikevel etter en konkret vurdering vil kunne være straffbart etter § 9, kan være enkelte akupunkturbehandlinger. Det vil i såfall måtte vurderes hvordan akupunkturen ble utført i den aktuelle behandling, for eksempel hvor akupunktur nålene ble satt og hvor dypt, hvilke sykdommer som ble forsøkt behandlet med akupunktur mv. Tilsvarende vil det kunne være straffbart å bruke behandlingsformer eller medisinske inngrep som generelt faller utenfor forbudet i § 5, dersom den aktuelle behandlingsmetode brukt i tillegg til annen behandling, etter en konkret vurdering må sies å utsette pasientens liv eller helbred for alvorlig fare, jf. nærmere under pkt. 12.16 hvor det redegjøres for den straffebestemmelse som foreslås inntatt som § 9 i forslaget til lov om alternativ behandling.

I og med at bestemmelsen i § 5 gjelder både medisinske inngrep og behandling, vil det ikke være nødvendig å trekke noen klar grense mellom hva som er «inngrep» og hva som er «behandling». Eksempler på «inngrep» som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienten, vil som nevnt være de fleste former for kirurgiske inngrep, både i undersøkelses- og behandlingsøyemed. Begrepet «behandling» vil omfatte både medikamentell behandling, behandling med urter og droger, manuelle terapiformer, ulike strålebehandlinger mv. Også innspøyting av ulike stoffer eller medikamenter vil kunne omfattes. Her vil det også ved ukyndig utførelse kunne være risiko for at pasienten får innsprøytet luft i blodårene.

Det å ta blodprøver for ulike analyser til bruk i videre undersøkelse og behandling, vil i utgangspunktet være forbudt etter § 5. Slik prøvetaking utført av ukyndige må generelt sies å kunne medføre alvorlig helserisiko for pasienten. For det første fordi prøvetakingen i seg selv kan medføre ukontrollert blødning. Der nest kan ukyndig prøvetaking medføre ulike komplikasjoner i form av hematomer, skader på blodårene ved feilstikking eller infeksjoner. Departementet viser til at dersom det i forbindelse med blodprøvetaking inntreffer komplikasjoner, er det viktig at personellet har den nødvendige kompetanse/faglige bakgrunn til å håndtere dette der og da, eventuelt at vedkommende arbeider innenfor et system hvor han/hun raskt kan få nødvendig og kompetent hjelp. Som påpekt tidligere er det til dels betydelige forskjeller blant de forskjellige alternative behandlergruppene når det gjelder faglig bakgrunn og de forskjellige utdanningenes innhold og omfang. I tillegg kommer at mange behandlere driver svært selvstendig virksomhet, og ofte uten mulighet for rask tilgang til helsepersonell. Av disse grunner mener departementet at

blodprøvetaking etter en generell vurdering må sies å kunne medføre alvorlig helserisiko for pasienten, og dermed være forbudt etter lovforslagets § 5. Forbudet omfatter imidlertid ikke slik blodprøvetaking som skjer ved kun å stikke i pasientens finger (kapillær blodprøve).

Ukyndig bruk av legemidler, urter, droger eller lignende, kan medføre alvorlig helserisiko. Hvem som kan forskrive slike er også regulert i legemiddellovgivningen, jf. pkt. 7.14.

Også undersøkelsesmetoder kan være å anse for «inngrep eller behandling» etter bestemmelsen. Som eksempel kan det vises til undersøkelse eller diagnostikk som innebærer at en går inn i kroppen eller kroppens hulrom (artroskopi, gastroskopi eller lignende), eller bruk av røntgenutstyr/røntgenstråler.

I forbindelse med fødsler kan helsepersonell bli bistått av utøver av alternativbehandling, for eksempel ved bruk av akupunktur for smertelindring. Tilsvarende vil enkelte helsepersonell selv kunne ta i bruk metoder for smertelindring mv. som tradisjonelt har vært oppfattet som alternativ behandling.

En fødsel kan under gitte omstendigheter innebære en alvorlig helserisiko både for mor og barn. De fleste fødsler skjer i dag på sykehus, fødestuer eller lignende institusjon hvor det ytes bistand fra helsepersonell. En del fødsler skjer også i hjemmet, men i de aller fleste av disse tilfellene, skjer fødselen med bistand fra helsepersonell, for eksempel jordmor. Et fåtall fødsler skjer likevel uten at helsepersonell involveres, men hvor pårørende og/eller eventuelt alternativ behandler, bistår ved fødselen. Hvis det i sistnevnte situasjoner oppstår komplikasjoner som kan innebære helserisiko, kan det medføre straffansvar dersom pårørende eller alternativ behandler ikke sørger for nødvendig bistand fra helsepersonell. I likhet med hva som vil gjelde for bistand til selve fødselen, kan det også tenkes at ulike undersøkelsesmetoder i forbindelse med fødsel og svangerskap vil kunne rammes av forbudet.

Også det å anvende bedøvelse eller anestesi kan medføre alvorlig helserisiko for pasienten, og vil dermed være forbudt. Dette vil som hovedregel gjelde dersom det er snakk om medikamentell bedøvelse/anestesi, men også andre former for bedøvelse kan tenkes omfattet, for eksempel bedøvelsesformer som faller utenfor straffeloven § 364 som forbyr bruk av hypnose for den som ikke er lege eller psykolog.

I bestemmelsens andre ledd er det foreslått at departementet gis hjemmel til ved forskrift å fastsette det nærmere innhold i første ledd. I siste instans vil det imidlertid være domstolene som, i for-

bindelse med straffesak mot en person som har utført slik behandling/inngrep, vil måtte avgjøre om en behandlingsmetode eller et medisinsk inngrep omfattes av bestemmelsen i § 5.

Det å markedsføre eller tilby behandling som man ikke har lov å utføre, vil kunne rammes av forbudet i § 8 om villedende eller uetisk markedsføring. Behandling i strid med regelen i § 5 vil være ulovlig, og vil som nevnt kunne være straffbar etter straffebestemmelse som er inntatt som § 9 i lovforlaget. Straff rammer den som gir behandling. Det vil imidlertid ikke være straffbart for pasienten å søke eller motta slik behandling.

12.12 Alvorlige sinnslidelser

12.12.1 Gjeldende rett

I kvaksalverloven er det ikke inntatt noe forbud eller andre begrensninger i forhold til behandling av alvorlige sinnslidelser.

Psykiske lidelser har sammensatte årsaker og er av varierende alvorlighetsgrad. Mennesker med psykiske lidelser tilbys i dag undersøkelse og behandling både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Det er den enkelte lidelses karakter og pasientens konkrete behov som vil være avgjørende for hvem som vil ha ansvaret for behandlingen og for hvor behandlingen skal finne sted.

Pasienter med psykiske lidelser omfattes av den generelle helselovgivningen. Pasientrettighetsloven er her sentral. I tillegg til dette regulerer lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) blant annet tvungent psykisk helsevern og tiltak av tvangsmessig karakter innen det psykiske helsevernet (dvs. innen spesialisthelsetjenesten), jf. nærmere i pkt. 7.7. angående sistnevnte lov.

Av psykisk helsevernloven § 1–5 fremgår at pasientrettighetsloven gjelder så langt den passer også for etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Pasientrettighetslovens kapittel 4 om rett til å samtykke til helsehjelp gjelder imidlertid bare når det er bestemt i psykisk helsevernloven. Pasientrettighetsloven forutsetter frivillighet fra pasientens side, mens psykisk helsevernloven som nevnt gjelder både frivillig og tvungent psykisk helsevern. Pasientrettighetsloven kan således ikke gjelde fullt ut.

Regler om tvungent psykisk helsevern er inntatt i lovens kapittel 3. Vilkårene for tvungent psykisk helsevern er fastsatt i § 3–3. Det fremgår her at tvungent psykisk helsevern bare kan anvendes overfor en person med «alvorlig sinnslidelse», og

dersom bestemmelsens øvrige vilkår er oppfylt. Begrepet alvorlig sinnslidelse tilsvarer ikke en psykiatrisk diagnose. Gjennom rettspraksis og forarbeider har det imidlertid utviklet seg en relativt fast oppfatning av hvordan dette begrepet skal forstås i forhold til psykisk helsevernloven.

I kapittel 4 er det gitt bestemmelser om gjennomføring av psykisk helsevern. Av § 4–4 første ledd fremgår at når det gjelder pasienter som er under tvungent helsevern etter § 3–1, kan slike pasienter uten eget samtykke

«(...) undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.»

Av § 4-4 andre ledd fremgår imidlertid at uten pasientens samtykke kan det ikke

«(...) gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep. Pasienten kan likevel behandles med legemidler uten eget samtykke».

Det vil etter denne bestemmelsen være snakk om psykiatrisk eller psykologisk undersøkelse og behandling.

Behandling av psykiske lidelser følger i hovedsak bestemmelsene nedfelt i pasientrettighetsloven og helsepersonelloven, samt kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Psykisk helsevernloven angir bare de helt særskilte tiltak som er spesielt for det psykiske helsevernet, og er således en spesiallov til spesialisthelsetjenesteloven. Når det gjelder adgang til å behandle mennesker med psykiske lidelser vil dette altså først og fremst følge av bestemmelsene i den alminnelige helselovgivningen, og ikke psykisk helsevernloven.

Selv om det etter kvaksalverloven som nevnt ikke gjelder noe eksplisitt forbud mot behandling av alvorlige sinnslidelser, vil det kunne hevdes at det i enkelte tilfeller ikke vil være adgang til å behandle personer med slik lidelse uten klar lovhjemmel, idet det vil kunne stilles spørsmål ved pasientens samtykkekompetanse. Selv om pasientrettighetslovens bestemmelser bare i begrenset grad gjelder overfor alternative behandlere som utenfor helse-tjenesten driver behandlingsvirksomhet, kan alminnelige avtalerettslige prinsipper innebære at kjøp av tjenester, herunder alternativ behandling, kan være ugyldig dersom den ene part på grunn av alvorlig sinnslidelse ikke har forstått hva avtalen innebærer, er blitt utnyttet eller lignende. Dette kan skje selv om vedkommende ikke er umyndiggjort.

Når det gjelder rettslig regulering i andre land vises det til kapittel 8.

12.12.2 Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin

Aarbakke-utvalget foreslo en felles lovbestemmelse som skulle regulere hvilken yrkesutøvelse som skulle være forbeholdt helsepersonell. Bestemmelsen var foreslått inntatt som ny § 76 i helsepersonelloven. Behandling av alvorlige sinnslidelser skulle reguleres i bestemmelsens andre ledd. Bestemmelsen i andre ledd henviste til det foreslåtte første ledd, og begge ledd gjengis derfor her:

«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.»

Den foreslåtte regulering av alvorlige sinnslidelser tilsvarte i stor utstrekning utkastet til § 87 i Sosial- og helsedepartementets høringsnotat om ny helsepersonellov mv. Utvalget påpekte at som utgangspunkt ville det stå enhver fritt å undersøke og behandle syke, mens den foreslåtte § 76 ville fastsette innskrenkninger i denne adgangen. Behandling i strid med bestemmelsen ville være ulovlig, og straffbar etter forslaget § 79. Eventuell straff skulle bare ramme den som ga behandling, og det ble presisert at det ikke ville være straffbart for pasienten å søke eller motta behandling.

Utvalget viste til at bestemmelsen medførte en nyregulering i forhold til kvaksalverloven, og presiserte at bestemmelsen skulle regulere hva andre enn helsepersonell ikke kunne gjøre. Når det gjaldt hvilke helsepersonellgrupper som skulle kunne gjøre hva, viste utvalget til at dette ville bli regulert av helsepersonelloven § 4 om krav til forsvarlig yrkesutøvelse.

Som begrunnelse for en særskilt regulering av adgangen til å behandle alvorlige sinnslidelser, viste utvalget dels til at det på dette området foreligger tvangsbestemmelser i særlovgivning, og dels til at det her vil være snakk om en pasientgruppe med nedsatt personell kompetanse til på egen hånd å velge bort virksom behandling.

Utvalget foreslo at departementet ble gitt hjemmel til å gi forskrift med nærmere regulering av hvilke sykdommer og lidelser som skulle omfattes av bestemmelsen.

12.12.3 Høringsinstansenes syn

Som nevnt har mange høringsuttalelser hatt en generell form når det gjelder utvalgets forslag til lovregulering. Når det gjelder regelen i den foreslåtte § 76 andre ledd om alvorlige sinnslidelser har svært få høringsinstanser uttalt seg konkret til denne.

Blant de som har uttalt seg konkret til bestemmelsen, viser departementet til *AURORA – Støtteforening for mennesker i psykiatrisk behandling*. Når det gjelder forslaget om å unnta alvorlige sinnslidelser uttaler de at det etter deres mening er:

«(...) uholdbart å sidestille mennesker som har fått en eller annen diagnose som går under sekkebetegnelsen «alvorlige psykiske lidelser» med f.eks. barn og bevisstløse. For det første er denne sammenlikningen i seg selv useriøs og impliserer at den enkelte som har fått en psykisk skade eller lidelse, ikke har mulighet til å fatte egne beslutninger og ta konsekvensene av disse, dernest rommer «psykiske lidelser» svært ulike diagnoser og funksjonsnivå. Vi ønsker å minne om at alle voksne mennesker har fulle rettigheter, unntatt i de enkelttilfeller der enkeltpersoner er blitt umyndiggjorte, og at antakelsen om at personer som har psykiske lidelser eller skader, har mindre «sykdomsinnsikt» enn mennesker som har andre typer helsesvikt eller lidelser, er udokumentert og tvilsom. Ingen skal fratas mulighet til å ta beslutninger som angår eget liv.»

Blant de øvrige som eksplisitt har uttalt seg om bestemmelsen er *Norske Legers Forening For Akupunktur*, *Norske Akupunktørers Hovedorganisasjon* og *Nordisk Akupunkturhøgskole*. Disse støttet utvalgets forslag.

12.12.4 Departementets vurdering og forslag

Som nevnt har ikke kvaksalverloven noen spesialbestemmelse som uttrykkelig setter begrensninger i forhold til hvem som kan behandle alvorlige sinnslidelser. Utvalget har imidlertid i sitt forslag foreslått at det skal fremgå eksplisitt av lovteksten at behandling av slike lidelser skal være forbeholdt helsepersonell.

Begrepet «alvorlige sinnslidelser», som utvalget har benyttet, er ikke et medisinsk begrep eller en diagnose. Hva som ligger i dette begrepet er omhandlet i Ot.prp. nr. 11 (1998–99) om lov om etablering og gjennomføring av psykiske helsevern, jf. side 76 flg. Videre er det på side 154–155 blant annet uttalt:

«Alvorlig sinnslidelse er et rettslig begrep som ikke tilsvarer noen klar psykiatrisk diagnose.

Som tilfellet er i dag, er det i utgangspunktet slik at hovedkriteriet alvorlig sinnslidelse har nær tilknytning til psykosene. Alvorlig sinnslidelse skal imidlertid ikke være avgrenset til bare å omfatte tilstander av psykose, idet man har ment å opprettholde den tidligere rettstilstand hvor enkelte andre tilstander enn psykoser skal kunne kvalifisere til tvungent psykisk helsevern. Når det gjelder hvilke grensetilfeller i tillegg til psykosene som kan komme inn under begrepet alvorlig sinnslidelse, vil man stå overfor en helhetsvurdering. Ikke bare selve sykdomstilstanden, men også de utslagene den gir seg, må tillegges stor vekt. Utgangspunktet er at karakteravvik – herunder psykopati – i alminnelighet ikke kan anses som alvorlig sinnslidelse, men det kan være hjemmel for å anvende tvungent psykisk helsevern overfor personer med store karakteravvik, hvor lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevnen.»

Alvorlige sinnslidelser kjennetegnes av at de kan være vanskelige å diagnostisere og behandle, og at det derfor kreves høy spesialistkompetanse både for å diagnostisere og behandle slike lidelser på en adekvat måte. Dette taler for at slike sykdommer bør behandles av personell som innehar den nødvendige kompetanse. Personer med alvorlig sinnslidelse og med aktive symptomer på lidelsen, kan ha en handleevne og en atferd som varierer fra tilstander hvor personen er helt tilstivnet, ekstremt forvirret eller uten mulighet for å gi forståelig uttrykk for sine tanker, og til tilstander som i det daglige er upåfallende og for eksempel bare viser seg i spesielle situasjoner.

På den ene side vil altså pasienter med alvorlige sinnslidelser kunne være i en slik psykisk tilstand at de ikke evner å ta vare på seg selv, eller sykdommen kan gi seg slike utslag at pasienten kan representere en fare for både seg selv og for andre. Denne pasientgruppen vil ofte ha nedsatt evne til å vurdere hensiktsmessigheten av å prøve alternativ behandling, og overskue konsekvensene av dette, for eksempel i forhold til ordinær behandling. På den annen side vil personer med alvorlig sinnslidelse kunne være helt uten symptomer på sin lidelse. De fleste vil i såfall også ha både praktisk og rettslig kompetanse til å inngå gyldige avtaler.

Det å ha en alvorlig sinnslidelse med aktive symptomer fratar ikke i seg selv en person rettslig handleevne. De aller fleste personer med en alvorlig sinnslidelse med aktive symptomer er i stand til å inngå gyldige avtaler om kjøp av varer eller tjenester. Personer som har en alvorlig sinnslidelse, men som på bakgrunn av medisinerings eller av andre årsaker fremstår uten symptomer på den opprin-

nelige lidelsen, vil imidlertid fortsatt være å anse for å ha en alvorlig sinnslidelse uavhengig av om det forekommer restsymptomer eller ikke.

Departementets utgangspunkt er at personer med psykiske lidelser som hovedregel skal ha samme adgang til å velge alternativ behandling som andre pasientgrupper. Det må imidlertid forutsettes at lidelsen ikke er av en slik karakter eller i en slik sykdomsfase at personen ikke er i stand til å inngå gyldige avtaler, herunder avtale om behandlingstjenester.

Under henvisning til at det som hovedregel vil kreves spesialistkompetanse både for å diagnostisere og å behandle psykiske lidelser på en adekvat måte, vil det etter departementets oppfatning være behov for visse begrensinger i forhold til hvem som skal kunne behandle de alvorligste formene for psykiske lidelser, såkalte alvorlige sinnslidelser.

Departementet vil presisere at dette kun gjelder behandling av selve den alvorlige sinnslidelsen. Behandling av andre psykiske lidelser eller somatiske sykdommer som pasienten har, kan gjøres av enhver så lenge annet ikke følger av den foreslåtte lov om alternativ behandling av sykdom mv. eller annen lov.

Det forhold at få høringsinstanser har uttalt seg til bestemmelsen, og at svært få av disse har uttalt seg direkte negativt til en slik bestemmelse, styrker også departementets oppfatning av at gode grunner taler for slik regulering.

Departementet vil imidlertid ikke foreslå at det i lov om alternativ behandling av sykdom mv. inntas en egen bestemmelse som fastslår at alvorlige sinnslidelser kun skal behandles av helsepersonell. Når det gjelder alternative behandleres adgang til å behandle selve den alvorlige sinnslidelsen, er det departementets oppfatning at dette bør reguleres på lik linje med behandling av alvorlig sykdom eller lidelse. Dette innebærer at alvorlige sinnslidelser vil omfattes av lovutkastets § 7 om behandling av alvorlige sykdommer og lidelser. Se for øvrig pkt. 12.14 hvor alternative behandleres adgang til å behandle alvorlige sykdommer og lidelser vurderes generelt.

12.13 Allmennfarlige smittsomme sykdommer

12.13.1 Gjeldende rett

Av kvaksalverloven § 4 første ledd følger at det for den som ikke er helsepersonell er forbudt å behandle allmennfarlige smittsomme sykdommer et-

ter lov om vern mot smittsomme sykdommer (lov 5. august 1994 nr. 55).

Smittevernlovens formål er fastsatt i § 1–1, hvor det i første ledd fremgår at loven har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land. Av bestemmelsens andre og tredje ledd fremgår at formålet også er å sikre at helsemyndighetene iverksetter og samordner smitteverntiltak, samtidig som loven skal ivareta den enkeltes rettssikkerhet dersom smitteverntiltak er nødvendig.

Hva som er allmennfarlige smittsomme sykdommer i henhold til smittevernloven, og som det dermed vil være forbudt for andre enn helsepersonell å behandle etter kvaksalverloven § 4 første ledd, fremgår av smittevernloven § 1–3, første ledd nr. 3. Med hjemmel i § 1–3 andre ledd er det i forskrift fastsatt hvilke smittsomme sykdommer som skal regnes som allmennfarlige smittsomme sykdommer, jf. forskrift av 1. januar 1995 nr. 100. Av forskriften fremgår at dette bl.a. vil gjelde en rekke kjønnsykdommer, HIV-infeksjon, poliomyelitt, kikhoste, meningokokksykdom og tuberkulose.

I denne odelstingsproposisjon pkt. 7.8 er det nærmere redegjort for smittevernloven. Som det vil fremgå pålegger loven en rekke spesifikke rettigheter og plikter til pasienter, offentlige organer og nærmere bestemte grupper helsepersonell. Av helsepersonell er det hovedsakelig leger, men også tannleger, sykepleiere og jordmødre som er tillagt rettigheter og plikter etter loven. Andre grupper helsepersonell og behandlere som ikke er helsepersonell, vil ikke med hjemmel i loven kunne gjennomføre eller kreve gjennomført nærmere bestemte former for undersøkelse eller behandling.

Når det gjelder rettslig regulering i andre land vises det til kapittel 8.

12.13.2 Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin

I utvalgets forslag til lovregulering, var det som nevnt foreslått innført en felles lovbestemmelse som skulle regulere hvilken yrkesutøvelse som skulle være forbeholdt helsepersonell. Bestemmelsen var foreslått inntatt som ny § 76 i helsepersonelloven. Når det konkret gjaldt behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer, var dette foreslått regulert i bestemmelsens andre ledd. Bestemmelsen i andre ledd henviste til det foreslåtte første ledd, og begge ledd gjengis derfor her:

«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.»

Den foreslåtte regulering av allmennfarlige smittsomme sykdommer tilsvarte i stor utstrekning utkastet til § 87 i Sosial- og helsedepartementets høringsnotat om ny helsepersonellov mv. Utvalget påpekte at som utgangspunkt ville det stå enhver fritt å undersøke og behandle syke, mens den foreslåtte § 76 ville fastsette innskrenkninger i denne adgangen, herunder behandling av allmennfarlig smittsomme sykdommer. Behandling i strid med bestemmelsen ville være ulovlig, og straffbar etter forslaget § 79.

Utvalget viste til at bestemmelsen var en videreføring av kvaksalverloven § 4, og presiserte at bestemmelsen skulle regulere hva andre enn helsepersonell ikke kunne gjøre. Når det gjaldt hvilke helsepersonellgrupper som skulle kunne gjøre hva, viste utvalget til at dette ville bli regulert av helsepersonelloven § 4 om krav til forsvarlig yrkesutøvelse.

12.13.3 Høringsinstansenes syn

Som tidligere nevnt har mange høringsuttalelser hatt en generell form når det gjelder utvalgets forslag til lovregulering. Når det gjelder regelen i den foreslåtte § 76 andre ledd om allmennfarlige smittsomme sykdommer, har svært få høringsinstanser uttalt seg spesielt til denne.

Blant de som konkret har uttalt at de støtter bestemmelsen om at allmennfarlige smittsomme sykdommer kun skal behandles av helsepersonell, nevner departementet *Norske Legers Forening For Akupunktur*, *Norske Akupunktørers Hovedorganisasjon* og *Nordisk Akupunkturhøgskole*.

Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon (NNH) har generelt uttalt at

«(D)et er stor kontrast mellom den positive holdningen deler av utredningen har i forhold til den reelle innskrenkningen i folks adgang til å benytte naturmedisinsk behandling som utvalget har foreslått.»

Mer konkret når det gjelder den foreslåtte § 76 har NNH uttalt at de mener det ville ha vært mer hensiktsmessig å pålegge naturterapeuter melde-

plikt for smittsomme sykdommer, fremfor å forby behandling av dem.

12.13.4 Departementets vurdering og forslag

Som nevnt setter kvaksalverloven § 4 første ledd begrensninger i forhold til hvem som kan behandle allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Allmennfarlige smittsomme sykdommer kjenetegnes av at de til dels er svært smittsomme, samt at de til dels vil kunne få alvorlige konsekvenser for den som smittes. I tillegg kommer at mange av disse sykdommene er vanskelige både å diagnostisere og behandle, og at det i dette arbeidet kreves høy medisinskfaglig kompetanse. Dette tilsier at slike sykdommer bør behandles av personell som innehar den nødvendige kompetanse til både å diagnostisere og behandle sykdommen, foreta smitteoppsporing og forebygge videre smittespredning.

Hensynet til beskyttelse av tredjemenn eller allmennheten, gjør seg også sterkt gjeldende i forhold til denne type sykdommer. Dette tilsier at det må kunne gjøres inngrep i den enkeltes rett til selv å velge hvem han/hun ønsker skal behandle slike sykdommer. I tillegg til bestemmelser i smittevernloven som retter seg direkte mot pasienten, herunder plikt til å la seg undersøke av lege mv., bør det derfor fastsettes begrensninger i forhold til hvem som skal ha lov til å behandle slike sykdommer.

Under henvisning til ovennevnte er det departementets oppfatning at den risiko som kan være forbundet med allmennfarlige smittsomme sykdommer, både i forhold til den konkrete pasient og i forhold til tredjemenn eller allmennheten, samt behovet for høy medisinskfaglig ekspertise i behandlingen av mange slike sykdommer, tilsier at det fortsatt bør være forbeholdt helsepersonell å behandle denne gruppen av sykdommer. Dette støttes også av flere av de få høringsinstansene som har uttalt seg konkret til denne delen av lovforslaget.

I likhet med utvalget, er departementet videre av den oppfatning at bestemmelsen bør utformes generelt, i form av en henvisning til smittevernloven.

Departementet er imidlertid av den oppfatning at det i en slik bestemmelse bør åpnes for at også andre enn helsepersonell skal kunne behandle visse sider av sykdommen. Det tenkes her særlig på alternativ behandling som ikke tar sikte på å kurere eller helbrede selve grunnsykdommen, men behandling som utelukkende har til hensikt å lindre eller dempe symptomer av sykdommen, eller be-

handling som har til hensikt å dempe eller lindre bivirkninger av den behandling pasienten ellers får.

Departementet foreslår etter dette at det i lov om alternativ behandling inntas en bestemmelse som fastslår at kun helsepersonell skal kunne behandle allmennfarlige smittsomme sykdommer. Bestemmelsen er inntatt som § 6 i lovforslaget og lyder:

«Behandling av sykdom som i henhold til lov om vern mot smittsomme sykdommer § 1–3 er å anse som allmennfarlig smittsom sykdom, skal kun utøves av helsepersonell.

Andre enn helsepersonell kan likevel utøve behandling som utelukkende har til hensikt å lindre eller dempe symptomer på eller følger av sykdommen eller bivirkninger av gitt behandling, eller som har som formål å styrke kroppens immunforsvar eller evne til selvhelbredelse.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om behandling etter andre ledd.»

Forbudet gjelder ikke for helsepersonell. Situasjonen for helsepersonell reguleres som nevnt av lov om helsepersonell mv. § 4 om faglig forsvarlighet, innrettelse etter kvalifikasjoner mv. Det må vurderes konkret hvilke grupper helsepersonell som skal ha adgang til å behandle allmennfarlige smittsomme sykdommer. I den forbindelse viser departementet også til at det i en rekke av smittevernlovens bestemmelser er fastsatt hvilke grupper helsepersonell som skal kunne gjøre hva i forhold til behandling av disse sykdommene.

I smittevernloven § 1–3, første ledd nr. 1 defineres smittsomme sykdommer. Definisjonen av allmennfarlige smittsomme sykdommer, fremgår av nevnte lov § 1–3, første ledd nr. 3. Med hjemmel i bestemmelsens andre ledd er det i forskrift fastsatt hvilke smittsomme sykdommer som skal regnes som allmennfarlige, jf. forskrift av 1. januar 1995 nr. 100.

Hvilke sykdommer som skal være å anse for allmennfarlige smittsomme sykdommer, følger etter dette av de til enhver tid gjeldende bestemmelser i eller i medhold av smittevernloven, og disse sykdommene vil således være omfattet av forbudet etter § 6 første ledd i herværende lovforslag, og kan bare behandles av helsepersonell.

I bestemmelsens andre ledd er det presisert at visse sider eller konsekvenser av den allmennfarlige smittsomme sykdommen likevel kan behandles av andre enn helsepersonell. Modifikasjonen gjelder også slik behandling som utelukkende har til hensikt å lindre symptomer på eller følger av syk-

dommen, for eksempel uvelfølelse, søvnvansker eller slapphet. Dette omfatter også behandling som har til hensikt å lindre eller dempe eventuelle bivirkninger som er en følge av den behandling som pasienten innenfor den ordinære helsetjenesten gis for sin allmennfarlige smittsomme sykdom. Like-dan vil unntaket etter bestemmelsens andre ledd også omfatte behandling som tar sikte på å styrke pasientens immunforsvar, for eksempel vitamin- eller kosttilskudd.

Det presiseres at unntaket i § 6 andre ledd ikke gjelder behandling av selve grunnsykdommen, idet slik behandling utelukkende skal være forbeholdt helsepersonell.

Bestemmelsen innebærer ikke endringer i de rettigheter og plikter som følger av smittevernlovens bestemmelser om behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer, herunder plikter for smittede personer til å la seg undersøke av lege.

I bestemmelsens tredje ledd er det foreslått at departementet gis hjemmel til å gi forskrift om nærmere regulering av hva slags behandling som omfattes av bestemmelsens andre ledd.

Behandling i strid med regelen i § 6 vil være ulovlig, og straffbar etter lovforslaget § 9. Straff rammer den som gir behandling. Det å markedsføre eller tilby behandling som man ikke har lov til å utføre, vil kunne rammes av forbudet i lovforslagets § 8 om markedsføring. Det vil ikke være straffbart for pasienten å søke eller motta behandling. Departementet viser imidlertid til at det i smittevernloven § 8–1 er inntatt en egen straffebestemmelse som vil kunne ramme overtredelser av loven, jf. henvisningen til straffeloven §§ 156 og 357.

12.14 Behandling av alvorlige sykdommer og lidelser

12.14.1 Gjeldende rett

Av kvaksalverloven § 4 andre ledd følger at den som ikke er helsepersonell ikke kan behandle sykdommene «kreft, sukkersyke, farlige anemier og struma med sykelige former.» Bestemmelsen er kasuistisk i sin form, og andre sykdommer enn de nevnte vil derfor ikke omfattes av bestemmelsen. Det vises imidlertid til at det i lovens § 7 er inntatt en egen straffebestemmelse som vil ramme den som uten å være helsepersonell tar syke i kur, og «derved utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare, enten ved selve handlingen eller ved at den syke undlater å søke kyndig hjelp.» Strafferammen økes dersom kuren har medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred. Også behandling

av andre alvorlige sykdommer enn de som er nevnt i § 4 andre ledd, vil dermed kunne straffes forutsatt at vilkårene i § 7 er oppfylt.

I NOU 1998:21 har utvalget stilt spørsmål ved om forbudet etter § 4 skal sies å omfatte enhver behandling av pasienter med disse sykdommene, eller om behandlingen vil være lovlig dersom pasienten er under behandling hos helsepersonell og den aktuelle behandling kommer i tillegg til slik behandling, enten direkte mot sykdommen eller mot andre lidelser eller som smertelindring.

Det vises til at Statens helsetilsyn har uttalt at det vil måtte vurderes konkret hvorvidt forbudet også skal omfatte behandling av plager og symptom i forbindelse med sykdommen. Det bør i såfall legges vekt på hvor nær sammenheng det er mellom behandlingen og aktuelle sykdom, herunder hva som var formålet med behandlingen. Helsetilsynet har vist til at lovens ordlyd taler mot at slik behandling skal omfattes, men at forarbeidene og rettspraksis har definert behandlingsbegrepet svært vidt, slik at det blant annet omfatter lindring av sykdom. Når det gjelder diagnostisering og behandling av kreft, vises det til at Helsetilsynet har uttalt at forbudet gjelder uten hensyn til om pasienten har vært eller er under medisinsk behandling.

Fra rettspraksis kan det vises til Rt. 1939 s. 273 hvor det ikke ble lagt avgjørende vekt på at kreftpasienten var oppgitt av leger, og at tiltalte bare hadde forespeilet smertelindring, og ikke helbredelse. I Rt. 1989 s. 421 er det lagt til grunn 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 dette ville være av betydning for straffverdigheten.

I NOU 1998:21 har utvalget uttalt at etter deres vurdering

«(...) taler både lovens ordlyd (...) 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 i alle fall 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 innvirkning på legebehandling, og i alle fall der skolemedisinen ikke har metoder eller midler som antas å ville kunne helbrede pasienten. I slike sammenhenger kan det reises spørsmål om det er riktig å straffe behandlere som imøtekommer pasientens ønske om alternativ medisin i håp om lin-

dring eller helbredelse. Slik straff innebærer i realiteten en sterk begrensning i individets handlefrihet.»

Departementet legger til grunn at gjeldende rett på enkelte punkter er uklar når det gjelder hvilken adgang det er for andre enn helsepersonell til å gi behandling som ikke tar sikte på helbredelse av selve grunnsykdommen, men som bare tar sikte på behandling av plager og symptom i forbindelse med sykdommen. Dette vil typisk kunne være smerte- eller symptomlindring som følge av sykdommen i seg selv eller i forhold til sidevirkninger eller bivirkninger av den skolemedisinske behandling. Hvorvidt en slik behandling skal være å anse for forbudt etter § 4, vil måtte avgjøres etter en konkret vurdering.

Overtredelse av lovens §§ 1–4 eller medvirkning til dette, straffes etter § 6 med bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Straffen kan forhøyes inntil seks måneder fengsel i gjentakelsestilfeller og under særdeles skjerpene omstendigheter. Overtredelse er å anse som foreseelse. Av § 6 tredje ledd følger at det ikke vil fritta for straff at vedkommende «i de tilfeller som er nevnt i § 4, på grunn av manglende kyndighet ikke har forstått sykdommens art.»

I tillegg til kvaksalverloven vil behandling av alvorlige sykdommer eller lidelser kunne rammes av enkelte bestemmelser i straffeloven. I den forbindelse vises det til pkt. 7.20 hvor det er redegjort for flere straffebestemmelser.

Når det gjelder rettslig regulering i andre land, vises det til kapittel 8.

12.14.2 Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin

Aarbakke-utvalget foreslo innføring av en felles lovbestemmelse som skulle regulere hvilken yrkesutøvelse som skulle være forbeholdt helsepersonell. Bestemmelsen var foreslått inntatt som ny § 76 i helsepersonelloven. Når det konkret gjaldt behandling av alvorlige sykdommer eller lidelser, var dette foreslått regulert i bestemmelsens tredje og fjerde ledd. For sammenhengens skyld gjengis hele bestemmelsen her:

«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.»

Bestemmelsens tredje ledd er en videreføring av kvaksalverloven § 4, men har en generell form samt forskriftshjemmel 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 tredje ledd, mens forholdet mellom de ulike helsepersonellgrupper ikke reguleres her, men av § 4 i helsepersonelloven.

Utvalget valgte å dele bestemmelsene om hvilke sykdommer det gjelder begrensninger for, opp i to ledd fordi utvalget ikke ønsket å gjøre begrensningen like absolutt for alle de sykdommer som omfattes av begrensningene. Som det fremgår vil behandling av de sykdommer som er nevnt i annet ledd fullt ut være forbeholdt helsepersonell, mens begrensningene i forhold til behandling av sykdommer som nevnt i tredje ledd modifiseres av unntaksbestemmelsen i fjerde ledd.

Unntaksbestemmelsen i fjerde ledd ville innebære at det under visse forutsetninger likevel ville være lovlig for andre enn helsepersonell å behandle de sykdommer som omfattes av tredje ledd. Etter forslaget må alltid grunnvilkåret om at behandlingen gis i samarbeid eller samforståelse med lege, være oppfylt.

Med alternativet *samarbeid* mente utvalget å omfatte de tilfellene hvor legen henviste pasienten til alternativ behandling eller på annen måte aktivt forholdt seg til denne for å bidra til at pasienten fikk et best mulig totaltilbud. Vilkåret *samforståelse* var foreslått å skulle være et svakere alternativ som skulle omfatte de tilfellene hvor legen enten ga uttrykk for at han ikke hadde innvendinger mot at pasienten benyttet alternativ behandling, eller tilfeller hvor legen forholdt seg passiv til dette. Etter forslaget ville behandlingen være straffbar for den alter-

native behandler bare dersom legen ga beskjed om at han eller hun motsatte seg slik behandling, og regelen innebar at den alternative behandler måtte gi melding til pasientens lege.

I tillegg til ovennevnte grunnvilkår måtte også ett av to alternative vilkår være oppfylt. Det første av de to alternative vilkårene i fjerde ledd var ment å skulle omfatte pasient som var myndig og som heller ikke led av en permanent eller forbigående svekkelse som gjorde at vedkommende rettslig sett ikke hadde kompetanse til å fravelge behandlingstilbud fra helsevesenet. Det skulle ikke være noe vilkår at pasienten rent faktisk valgte bort tilbud fra helsetjenesten, og utvalget viste til at det tvert imot ofte ville være aktuelt med en kombinasjon av behandling i helsevesenet og behandling hos alternativ utøver.

Det andre alternative vilkåret i fjerde ledd var ment å skulle omfatte pasientgrupper som var i en slik alder eller tilstand at de ikke var omfattet av det første alternativet. Den som i slike tilfeller representerte pasienten ved avgjørelser om behandling mv., burde etter utvalgets oppfatning ikke få samme frie adgang til å velge alternativ behandling for pasienten som pasienter som selv er kompetente til å velge. Vilkåret for at alternative behandlere straffritt skulle kunne behandle pasienter som faller inn under annet alternativ, når de lider av alvorlige sykdommer som nevnt i tredje ledd, var at helsevesenet ikke hadde helbredende eller lindrende behandling å tilby pasienten.

12.14.3 Høringsinstansenes syn

En rekke høringsinstanser har uttalt seg til utvalgets forslag om adgangen til å behandle alvorlige sykdommer og lidelser.

Fylkeslegen i Akershus var enig i at alternative behandlere burde få behandle alvorlige sykdommer så fremt pasienten var myndig og utvilsomt kompetent til å velge. Fylkeslegen var imidlertid mer i tvil når det gjaldt vilkåret om at dette også skulle gjelde for øvrige pasienter dersom helsevesenet ikke hadde helbredende eller lindrende behandling å tilby, og viste til at det var vanskelig å se at ikke helsetjenesten skulle kunne tilby lindrende behandling til alle pasienter, uansett sykdom. Fylkeslegen foreslo derfor at disse ordene ble sløffet.

Regionsykehuset i Tromsø uttalte at:

«Kravet om samarbeid eller samforståelse med behandlende lege er fornuftig, men kan lett komme i konflikt med pasientens eget ønske, hvis legen avslår/fraråder alternativ medisinsk behandling og pasienten ønsker det. Vi savner ellers en presisering av at alternativ behandling

aldri må komme i konflikt med eller til hinder for kunnskapsbasert medisinsk behandling ved alvorlige lidelser.»

Vedlagt sykehusets høringsuttalelse fulgte også uttalelse fra Kreftavdelingen ved sykehuset som problematiserte rundt vilkårene for å kunne behandle «alvorlige sykdommer», blant annet ble det påpekt at det var vanskelig å forstå det nærmere innhold og avgrensning av vilkårene samarbeid/samforståelse.

Norske Akupunktørers Hovedorganisasjon (Naho) var delvis uenig i bestemmelsen om at alvorlige sykdommer som hovedregel kun skal behandles av helsepersonell. Høringsuttalelsen tar på dette punktet utgangspunkt i behandling av kreftsykdom, og det fremføres at pasienter med kreftlidelser fritt bør kunne velge om de vil benytte skolemedisinsk eller alternativ behandling. Naho støtter derfor ikke «en regulering hvor lege pålegges ansvar for behandling av kreftsyke i den forstand at lege skal gå god for at alternativmedisinsk behandling kan søkes av pasienten.»

Det vises videre til at

«(N)y forskning og ny kunnskap endrer seg raskt og gir ny erkjennelse av effekt av ulike behandlingsmetoder. Dersom en lovmessig regulerer og begrenser behandlingsmetoder utifra dagens kunnskap og sykdomsforståelse, vil reguleringer snart kunne være foreldet.»

Norges Landsforbund av Homøopraktikere har i sin høringsuttalelse gitt uttrykk for at alternative behandlere bør kunne behandle «alvorlige sykdommer» som et supplement til skolemedisinsk behandling. Det vises i den forbindelse til at mange pasienter ønsker slik behandling, og at pasientene bør få være åpne i forhold til sin lege om dette slik at det kan etableres samarbeid til beste for pasienten.

Norsk Osteopat Forbund (NOF) mener at utvalgets forslag om opphevelse av kvaksalverloven, likevel ikke vil fjerne begrensningene som er gjeldende i kvaksalverloven. I den forbindelse uttales blant annet:

«Utvalget har snarere videreført og inkorporert prinsippene i kvaksalverloven i sitt eget forslag sammen med forslaget til ny helsepersonellov. Utvalgets forslag innskjerper prinsippene i kvaksalverloven. Aarbakkeutvalget åpner for at mennesker med alvorlig sykdom kan oppsøke alternativ behandler dersom valget er gjort av en voksen person med samtykkekompetanse. Videre må dette skje i samarbeid med eller i samforståelse med pasientens lege. Dersom legen motsetter seg pasientens valg kan den al-

ternative terapeuten straffes. NOF mener det er kontroversielt at den alternative behandleren (osteopaten) har plikt til å informere pasientens lege om at pasienten går til alternativ behandling (osteopati). Mange pasienter i helsevesenet er engstelige for at legene skal oppfatte dem som illojale dersom de oppsøker en behandler som kommer inn under kategorien «alternativ utøver».

Det vises deretter til viktigheten av samarbeid, og at informasjon til legen må skje gjennom forståelse og aksept fra pasienten, og ikke som en lovmessig informasjonsplikt.

Nordlys Massasjelærere og Terapeuter har støttet forslaget om opphevelse av kvaksalverloven og at strafferettslige bestemmelser om andre behandlere enn helsepersonell tas inn som nytt kapittel i helsepersonelloven. Videre uttaler de at de

«(...) ser behovet for at alternativ behandling av alvorlige sykdommer og lidelser ikke gis uten samarbeid/samforståelse med pasientens lege.»

Det vises imidlertid til at rettssikkerhetshensyn tilsier at alternative behandlere til enhver tid må kunne skaffe seg oversikt over hvilke alvorlige sykdommer som krever behandlende leges samtykke. Det påpekes også uklare forhold til hvordan en alternativ behandler skal forholde seg dersom pasienten ikke har noen behandlende lege, og det dermed ikke er mulig å innhente slikt samtykke.

Det Norske Healerforbundet har kommentert lovforslagets § 76 (og da spesielt reglene om behandling av alvorlig sykdom), og det vises til at:

«Lovforslaget representerer en reel utvidelse av legemonopolet. (...) Begrensningene i kvaksalverloven er for øvrig ikke opphevet selv om kvaksalverbegrepet er fjernet. Alle prinsipper i kvaksalverloven videreføres i helsepersonelloven og i utvalgets forslag.»

Det uttales at lovens ordning om at alvorlige sykdommer bare kan behandles av alternativ behandling dersom det skjer i samarbeid/samforståelse med lege, ikke tjener brukernes behov og interesser.

Norsk Homøopatisk Pasientforening (NHP) har foreslått visse endringer av utvalgets lovforslag. For det første foreslås det å ta ut vilkåret om at alternativ behandling av alvorlige sykdommer bare kan skje etter «samarbeid/samforståelse» med pasientens lege. Det vises til at dersom pasientens lege motsetter seg slikt «samarbeid/samforståelse» vil det innebære at pasienten ikke på eget grunnlag

kan velge alternativ behandling dersom han ønsker dette. Dette hevdes å representere en inngripen i pasientens grunnleggende rett til å velge behandling. For det andre hevdes det at lovforslagets vilkår om at den pasient som velger alternativ behandling skal være «utvilsomt kompetent til å fravelge behandlingstilbud fra helsevesenet», fremstår som unødvendig, idet pasienter som ikke er umyndiggjort vil være å betrakte som «mer enn kompetent nok til å foreta egne valg.» For det tredje foreslås det at straffebestemmelsen i forslagens § 80 endres noe slik at det for straffansvar skal være et vilkår at behandleren aktivt må bidra til at pasienten unnlater å søke legehjelp.

Norsk Forening for Soneterapeuter (NFS) påpeker at det er stor kontrast mellom intensjonene i utredningen, og det lovforslag som fremmes. Det påpekes at begrensningen i kvaksalverloven ikke er opphevet selv om begrepet foreslås fjernet. Lovforslaget støttes i all hovedsak, men NFS har enkelte innvendinger til forslagens § 76 fjerde ledd. Det vises til at det ikke er satt kriterier for hva begrepet «alvorlige sykdommer og lidelser» innebærer. Det hevdes at den forskriftshjemmel som er inntatt vil innebære at helsemyndighetene gis en noe vilkårlig rett til å definere begrepet. Bestemmelsens unntaksadgang kritiseres også, idet denne vil gjøre det mulig for legen å motsette seg at pasienten benytter alternativ behandling. Det vises videre til at den alternative behandler som likevel etterkommer pasientens ønske om behandling, vil kunne straffes, samt at behandleren vil ha en plikt til å informere legen om at pasienten går til behandling. Endelig vises det til problemstillinger knyttet til hvem som skal ha ansvaret for å dokumentere at det foreligger «samarbeid/samforståelse» med pasientens lege.

Troms fylkeskommune påpeker at innholdet i begrepene «samarbeid eller samforståelse» i den foreslåtte § 76 fjerde ledd, er vanskelige å forstå, og at i hvert fall begrepet «samforståelse» er uegnet i denne sammenheng. Det foreslås istedenfor at kravet skal være at legen «er gjort kjent med» den alternative behandlingen.

Aromaterapiens Hovedorganisasjon i Norge oppfatter utvalgets lovforslag som en reell utvidelse av legemonopolet. De har derfor foreslått at forslagens § 76 tredje og fjerde ledd fjernes, og det vises til at straffebestemmelsene i §§ 79 og 80 vil dekke kravene til forsvarlighet.

Norsk Pasientforening har i sin høringsuttalelse støttet utvalgets forslag om å oppheve kvaksalverloven og regulere alternativmedisinsk virksomhet i helsepersonelloven. Videre er de positive til at det i visse tilfeller åpnes for at andre enn leger skal kun-

ne behandle alvorlige tilstander, for eksempel kreft.

Den norske lægeforening har uttalt:

«Legeforeningen støtter forslaget om at samarbeid og samhandling mellom lege og alternativ behandler skal være en forutsetning for at alternativ-behandlere skal kunne gi alvorlig syke behandling. En ulempe med dette kan etter vårt syn være at legen må forholde seg til metoder med reduserte krav til dokumentasjon og kvalitet. Legen blir dermed den som legitimerer bruk av alternativ behandling. Vi etterlyser en grundigere vurdering av hvordan ansvarsforholdene for legen blir i disse situasjonene. Grunnlaget for supplerende alternativ behandlingstilbud må være felles virkelighetsforståelse hos lege og alternativ behandler. Legeforeningen støtter at legen skal ha det siste ordet for å vurdere om det alternative behandlingsopplegget kan være skadelig.»

Norsk Sykepleier Forbund har i sin uttalelse støttet intensjonen med en begrensning i adgangen til å behandle syke, men viser til at særlig forslagets § 76 fjerde ledd åpner for mange ulike tolkninger og problemstillinger. Det fremheves særlig at «det ufravikelige kravet om «samarbeid eller samforståelse med pasientens lege» ikke (er) forenelig med en myndig pasients rett til selvbestemmelse og valgfrihet.» Videre påpekes at det kan være vanskelig for en pasient å bytte til ny lege dersom hans faste lege ikke ønsker å samarbeide med en alternativ behandler.

Høgskolen i Agder har i sin høringsuttalelse fremhevet det som et paradoks at kvaksalverloven foreslås opphevet samtidig som det understrekes at kun leger har rett til å behandle alvorlige syke. Ordningen med at «alternative behandlere plikter å opplyse pasientens lege (og ikke motsatt) viser til en patriarkalsk holdning som ikke har sitt utgangspunkt i pasientens selvbestemmelse.» I den forbindelse vises til problemstillinger dersom legen er negativ til at pasienten benytter alternativ behandling.

Høgskolen i Harstad har til den foreslåtte § 76 uttalt at:

«Aarbakke-utvalget har i sin utredning et forslag om å utvide legenes behandlingsmonopol til å gjelde all «alvorlig sykdom». Utvalget hevder at brukerne kan oppsøke alternative utøvere, og at dette valget kan gjøres bl.a. etter henvisning fra pasientens lege. Den alternative utøveren har plikt til å informere brukerens lege om at vedkommende går til alternativ utøver, og hvis legen motsetter seg brukerens valg kan den alternative behandleren straffes. Dette tjener ikke brukernes interesser, da det er i strid

med autonomiprinsippet. Det bør være fritt opp til den enkelte bruker, som et selvstendig individ å foreta egne valg, for best å mestre sin egen sykdom.»

Høgskolen savner videre en drøfting av utvalgets forslag om å utvide legenes behandlingsmonopol, «da dette forslaget er et alvorlig inngrep i individets rett til å bestemme over egen helse.»

Innherred sykehus har støttet begrensningene som er inntatt i § 76 når det gjelder adgangen til å behandle «alvorlig sykdom». I den forbindelse uttales at:

«Det bør kunne legges opp til formuleringer som foreslått i lovutkastet («samforståelse») slik at behandlende lege er orientert når en pasient mottar andre behandlinger og kan ta behørig hensyn til dette i eget behandlingsopplegg. Dette legaliserer den alternative behandlingen uten å åpne for fri adgang for alternative behandlere til å behandle slik sykdom. Det vil være en viss fare for at en alternativ behandler ikke har innsikt, eller kunnskap nok til å kjenne sin begrensning og derved gjør skade som ellers ville kunne vært unngått.»

Regionsykehuset i Trondheim har påpekt at den foreslåtte ansvarsfordelingen mellom lege og alternativ behandler når det gjelder «alvorlige sykdommer eller lidelser» etter § 76 fjerde ledd, er uklar. Blant annet uttales det at:

«Det ansvaret som ifølge utredningens forslag hviler på pasientens lege om aktivt eller passivt å godkjenne behandlingsformer som han eller hun ofte vil ha begrenset kunnskap omkring er betydelig. Et klart flertall av norske leger mener at informasjonsbehovet om hva de ulike formene for alternativ medisin innebærer er stort. På denne bakgrunn synes det rimelig at legene ikke pålegges det ansvaret som skisseres i utredningen. Den alternative behandler som mener å kunne bidra med et nyttig tilbud til pasienten, bør kunne ta sin del av ansvaret uten noen formell sanksjon fra behandlende lege, dette vil tilgodese pasientens autonomi og selvstendige ansvar og forhåpentligvis også virke begrensende for utøvelse av uforsvarlig alternativ behandling (spesielt via risiko for straffeforfølgelse eller økonomisk erstatning).»

Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon (NNH) har uttalt at når det gjelder begrensningen i alternative behandleres adgang til å behandle «alvorlige sykdommer og lidelser» vil ikke denne ordningen bidra til å svekke legemonopolet slik utvalget har lagt til grunn. Unntaket om at alternative behandlere likevel skal kunne behandle alvorlige

sykdommer og lidelser dersom dette skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, mener NNH vil ha liten eller ingen betydning for folks anledning til å benytte seg av alternativ behandling.

Universitetet i Oslo (UiO) viser til at innlemmelse av ny strafferettslig regulering av alternativ behandling i helsepersonelloven, samtidig som adgangen til å behandle pasienter med alvorlige sykdommer utvides, kan bety at skillet mellom helsepersonell og ikke-helsepersonell utviskes. Det vises til at selv om behandling gitt fra alternativ behandler skal skje i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, så betyr dette at ansvaret for den alternativmedisinske behandlingen legges på det skolemedisinske personalet. UiO mener derfor at retten til å benytte alternativ medisinsk behandling og/eller samarbeide med utøvere av alternativ medisin bør formuleres slik at den knyttes til legen som den formelt ansvarlige.

Kreftforeningen har i sin høringsuttalelse til forslaget i § 76 fjerde ledd, uttalt at:

«Leger og annet helsepersonell vil utøve sitt virke i samsvar med sin kompetanse. Det kan ikke forventes at de vil eller skal ta ansvar for behandling som de ikke kan gå god for, en praksis som eventuelt også kunne medføre at de måtte gå på akkord med lovpålagte krav om forsvarlig virksomhet. Innstillingens forslag om å gjøre legene delansvarlige for alternative medisinske tiltak etter nærmere avtale, informasjon/presumert samtykke vil med stor sannsynlighet skape uklarheter med hensyn til ansvar, og mange leger vil antagelig velge å reservere seg.»

Det uttales deretter at det eneste ryddige vel vil være at alternative behandlere har et entydig selvstendig ansvar for sin virksomhet. Videre uttales at valg av behandlingsalternativer må være et selvstendig pasientansvar, og hvor valg som går på tvers av legens råd ikke må få negative følger for pasient-legeforholdet.

12.14.4 Departementets vurdering og forslag

Personer med alvorlige sykdommer eller lidelser vil ofte være i en spesielt sårbar situasjon som følge av sin sykdom/lidelse. Dette tilsier at de vil ha behov for ekstra beskyttelse. Både beskyttelse mot behandling eller inngrep som i seg selv kan medføre helserisiko, men også beskyttelse mot at ukyndige personer påtar seg å behandle alvorlige sykdommer eller lidelse. Dette vil for det første kunne være uheldig dersom den behandling som gis er uvirkosom eller dersom den til og med påvirker sykdommen på en negativ måte, og for det andre ved at slik

behandling kan medføre at pasienten enten ikke oppsøker helsepersonell eller helsetjenesten eller ved at de avbryter helsehjelp de får fra helsepersonell/helsetjenesten.

Alvorlige sykdommer og lidelser kjennetegnes av at de kan medføre alvorlige konsekvenser for den enkelte pasient, både fysisk og psykisk, og en rekke av dem vil være dødelige. For mange sykdommer og lidelser gjelder at det ikke finnes helbredende behandling, men kun behandling som kan holde sykdommen i sjakk eller redusere plagene av sykdommen.

Mange alvorlige sykdommer eller lidelser lar seg imidlertid effektivt behandle, dersom pasienten gis adekvat helsehjelp. For å kunne gi slik helsehjelp, kreves det at behandleren har den nødvendige faglige utdanning eller opplæring, og ofte kreves det i tillegg at vedkommende har tilgang til avansert diagnostiserings- eller behandlingsutstyr. Dette tilsier at mange alvorlige sykdommer eller lidelser vanskelig kan behandles effektivt av andre enn autorisert helsepersonell eller av personell innenfor den ordinære helsetjenesten hvor man har bred fagkompetanse til rådighet, samt tilgang til avansert diagnostiserings- og behandlingsutstyr. Mange behandlingsformer innebærer også i seg selv en risiko for pasienten, slik at det kreves særskilt kynighet for å kunne utføre behandlingen uten å utsette pasienten for unødig risiko.

De handlinger det her er tale om er særlig operative inngrep, medisiner, intravenøs behandling, kjemoterapi, stråleterapi eller manipulasjon av ledd. Disse behandlingsformene retter seg i stor grad direkte mot affisert vev eller skadede kroppsdeler. I tillegg vil ofte leger supplere slik behandling med tilrettelagt ernæring, opptrening, pleie og samtaletterapi/motivering av pasienten osv. Sistnevnte er ikke tiltak som med samme nødvendighet behøver forbeholdes helsepersonell, og retter seg i større grad enn førstnevnte intervensjoner mot å styrke immunforsvaret og pasientens selvhelbredende krefter. Imidlertid er det viktig at pasientens lege har kjennskap til de tiltak som anbefales, slik at tilbudet blir mest helhetlig og slik at ingen intervensjoner svekker effekten av de øvrige tiltak.

Det er problematisk på generelt grunnlag å hevde at slike mykere intervensjoner ikke påvirker selve grunnsykdommen, det vil si påvirke den patologiske tilstand eller prosess (disease), selv om de i mange tilfeller ikke vil være tilstrekkelige til å gjøre pasienten frisk. Det kan heller ikke utelukkes at denne type intervensjoner kan ha stor virkning i forebygging av eller i tidlige faser av potensielt alvorlige sykdommer, i situasjoner hvor disse utvikler seg gradvis. Eksempelvis vil dette kunne gjelde så-

kalte livsstilssykdommer som diabetes 2 og mild grad av hypertensjon. Alternative behandlere bør kunne behandle tilstander i tidlig fase, fortrinnsvis i samarbeid med lege. Dersom tilstanden forverres vil det for slike pasienter være meget viktig å søke legehjelp.

Som tidligere nevnt er det store innbyrdes forskjeller når det gjelder de forskjellige alternative behandlingsgruppers utdanning, både hva gjelder utdanningenes faglig innhold og utdanningenes omfang. Dette gjør det vanskelig for brukerne å få oversikt over hva slags kompetanse den enkelte utøver har. I tillegg gjelder at det for mange alternative behandlingsformer foreligger en lav grad av dokumentert behandlingseffekt. Dette gjør også at man for denne gruppen ikke har samme mulighet for å vurdere den enkelte utøvers faglige kompetanse, som for autorisert helsepersonell etter helsepersonelloven.

Selv om pasienter med alvorlige sykdommer eller lidelser ofte vil være i en spesielt sårbar situasjon, og som følge av dette vil ha behov for ekstra beskyttelse, vil på den annen side respekt for pasientens autonomi tilsi at myndighetene skal være forsiktig med å vedta begrensninger som i for stor grad griper inn den enkelte pasients rett til selv å bestemme hva slags behandling han ønsker for sin sykdom eller lidelse. Dette tilsier at eventuelle begrensninger ikke må gjøres mer omfattende enn strengt nødvendig, og at regelverket ikke bør utformes for absolutt, men heller utformes på en måte som fremmer samarbeid mellom den ordinære helsetjenesten og alternativ behandling. Overordnet for all type behandling er å forebygge, behandle eller lindre pasientens sykdom og/eller lidelse, eller følgene av slik sykdom og/eller lidelse. Dette gjelder uavhengig av om det er snakk om helsehjelp som gis innenfor den ordinære helsetjenesten eller alternativ behandling. Regelverk som ivaretar pasientens rett til selv å velge behandling eller som bidrar til at pasientens ønske om samarbeid mellom skolemedisin og alternativ behandling blir respektert, vil i større grad bidra til at pasienten settes i sentrum.

Under henvisning til ovennevnte er det derfor departementets oppfatning at det bør fastsettes visse begrensninger når det gjelder adgangen for den som ikke er helsepersonell til å behandle alvorlige sykdommer og lidelser. Samtidig er det departementets oppfatning at slikt regelverk bør utformes på en måte som respekterer pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett, samt bidrar til økt samarbeid mellom den ordinære helsetjeneste og alternativ behandling. Departementet foreslår etter dette at det i lov om alternativ behandling inntas en

bestemmelse som regulerer i hvilken grad andre enn helsepersonell bør kunne behandle alvorlige sykdommer og lidelser. Bestemmelsen er inntatt som § 7 i lovforslaget og har følgende ordlyd:

«Behandling av andre alvorlige sykdommer og lidelser enn dem som omfattes av § 6, skal heller ikke utøves av andre enn helsepersonell.

Andre enn helsepersonell kan likevel utøve behandling som utelukkende har til hensikt å lindre eller dempe symptomer på eller følger av sykdommen eller lidelsen eller bivirkninger av gitt behandling, eller som har som formål å styrke kroppens immunforsvar eller evne til selvhelbredelse.

Bestemmelsen i første ledd gjelder ikke dersom behandlingen skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, og pasienten er myndig og har samtykkekompetanse etter pasientrettighetsloven § 4-3 første og andre ledd. Det samme gjelder for andre pasienter dersom helsetjenesten ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby pasienten. Samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven §§ 4-4, 4-5, 4-7 og 4-8 gjelder tilsvarende så langt de passer.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke sykdommer og lidelser som omfattes av første ledd, og om behandling etter andre og tredje ledd.»

Forbudet i første ledd vil ikke gjelde helsepersonell. Forholdet mellom de ulike helsepersonellgrupper når det gjelder adgangen til å behandle alvorlige sykdommer eller lidelser reguleres som tidligere nevnt av helsepersonelloven § 4.

Fremfor en konkret oppramsing av hvilke alvorlige sykdommer og lidelser som skal være forbeholdt helsepersonell å behandle, har departementet valgt å gi bestemmelsens første ledd en generell ordlyd ved at den retter seg mot alle former for alvorlige sykdommer og lidelser som ikke er omfattet av bestemmelsene i forslagets §§ 5 og 6. I bestemmelsens andre ledd er det inntatt en modifisering av forbudet i første ledd. Dernest er det i tredje ledd på visse vilkår gjort unntak fra forbudet i første ledd. Av bestemmelsens fjerde ledd fremgår at departementet ved forskrift kan gi nærmere bestemmelser om hvilke sykdommer og lidelser som omfattes av første ledd, samt bestemmelser om behandling etter andre og tredje ledd.

Med «behandling» i denne bestemmelsen siktes det hovedsakelig til behandling av sykdom som allerede er kjent eller diagnostisert.

Vurderingen av om sykdommen eller lidelsen skal være å anse for «alvorlig» i henhold til bestemmelsen, må foretas generelt og ikke i forhold til den

enkelte pasient. Selv om det etter en slik generell vurdering legges til grunn at det ikke er snakk om en «alvorlig sykdom eller lidelse», og sykdommen eller lidelsen dermed ikke er forbeholdt helsepersonell å behandle, vil behandling utført av andre enn helsepersonell etter en konkret vurdering kunne være straffbar etter straffebestemmelsen som foreslås i § 9 andre ledd i lovforslaget. Som eksempel kan det vises til sykdommer som i seg selv ikke er å anse for alvorlige, men hvor det foreligger forhold ved den aktuelle pasient som tilsier at ulike former for behandling ikke skal gis.

Ved vurderingen av om det gjelder en alvorlig sykdom eller lidelse legger departementet til grunn at det skal foretas en helhetsvurdering. Det må blant annet legges vekt på hvor smertefull sykdommen normalt er, hvor syk pasienter med den aktuelle sykdommen normalt er, om sykdommen vil medføre funksjonsnedsettelse eller invaliditet, og om sykdommen vil medføre tap av viktige kroppsfunksjoner eller sanser etc. Både fysiske og psykiske følger av sykdommen kan vektlegges ved denne vurderingen.

Ved vurderingen av om det er snakk om en alvorlig sykdom eller lidelse i henhold til bestemmelsen, må det også legges en viss vekt på i hvilken grad det innenfor helsetjenesten finnes effektiv behandling, enten når det gjelder å behandle sykdommen, holde sykdommen i sjakk eller forhindre tilbakefall av tidligere behandlet sykdom. Slik sett vil en sykdom lettere bli å anse for «alvorlig» i henhold til bestemmelsen, dersom det innenfor den ordinære helsetjenesten finnes effektiv behandling, og sykdom ubehandlet vil kunne få store konsekvenser for pasienten.

Ved vurderingen av om en sykdom eller lidelse skal sies å være alvorlig i forhold til § 7, vil det også måtte sees hen til hvor komplisert sykdommen er å behandle eller hvilke medisinske kunnskaper som kreves for å behandle sykdommen. Dersom sykdommen bare kan behandles av høyt spesialisert helsepersonell, vil sykdommen lettere bli å karakterisere som alvorlig i forhold til § 7, enn der hvor behandling kan gjøres av en større gruppe helsepersonell.

Etter dette vil blant annet kreft være å anse for alvorlig sykdom eller lidelse. Det samme vil gjelde for diabetes. Som nevnt under pkt. 12.12 legger departementet til grunn at også alvorlige sinnslidelser vil kunne være å karakterisere som «alvorlig sykdom eller lidelse» i henhold til bestemmelsen. Dvs. at det i forhold til alvorlige sinnslidelser som utgangspunkt vil gjelde de samme begrensninger når det gjelder hvilken adgang andre enn helsepersonell skal ha til å behandle sykdommen. I likhet for

hva som gjelder for «alvorlig sykdom og lidelse» av somatisk art, vil unntaksbestemmelsene i andre og tredje ledd kunne komme til anvendelse.

Som nevnt foreslår departementet at det i bestemmelsens andre ledd vedtas en regel som innebærer en modifisering av forbudet etter første ledd. Det fremgår her at også andre enn helsepersonell kan behandle pasienter med alvorlige sykdommer og lidelser, så fremt behandlingen utelukkende har til hensikt å lindre symptomer på eller følger av sykdommen, for eksempel uvelfølelse, søvnvan-sker eller slapphet. Andre enn helsepersonell vil også kunne gi behandling som har til hensikt å lindre eller dempe eventuelle bivirkninger som er en følge av den behandling som pasienten gis innenfor den ordinære helsetjenesten. Likedan vil det etter andre ledd være adgang til å gi behandling som tar sikte på å styrke pasientens immunforsvar, for eksempel vitamin- eller kosttilskudd.

Departementet viser til at unntaket i § 7 andre ledd ikke vil gjelde i forhold til behandling av selve grunnsykdommen, idet slik behandling som hovedregel skal være forbeholdt helsepersonell. Hvorvidt behandlingen skal sies å gjelde selve grunnsykdommen eller sidevirkninger/følger av denne, vil måtte avgjøres etter en konkret helhetsvurdering.

I bestemmelsens tredje ledd foreslår departementet inntatt en unntaksbestemmelse fra første ledd. Unntaksbestemmelsen innebærer at det under visse forutsetninger likevel vil være lovlig for andre enn helsepersonell å behandle de sykdommer som er omfattet av første ledd, dvs. behandling av selve grunnsykdommen/-lidelsen. Etter bestemmelsen må ett grunnvilkår alltid være oppfylt, samt ett av to alternative vilkår avhengig av pasientens alder og mentale tilstand mv.

Grunnvilkåret er at behandlingen skal skje i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege. Bestemmelsen skiller seg på dette punkt fra lovens øvrige bestemmelser, idet det eksplisitt nevnes «lege» og ikke helsepersonell generelt. Med *samarbeid* menes at legen enten henviser pasienten til den alternative behandler eller på annen måte aktivt forholder seg til denne for å bidra til at pasienten får et best mulig totaltilbud. Tilsvarende vil slikt samarbeid kunne komme i stand etter at pasienten har oppsøkt alternativ behandler, og denne behandleren kontakter pasientens lege som deretter inngår et samarbeid om den videre behandling.

Vilkåret *samforståelse* er et svakere alternativ. I dette legges at legen, når han eller hun får vite at den alternative behandler ønsker å behandle pasienten, kun gir uttrykk for at dette er i orden, men ikke innleder noe samarbeid med den alternative behandler. Med *samforståelse* menes også de tilfel-

lene hvor legen gir uttrykk for at han ikke vil motsette seg eller fraråde den alternative behandling.

Selv om alternativ behandling skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, vil ikke legen være ansvarlig for den behandling pasienten får hos den alternative behandler. Legen vil imidlertid etter helsepersonelloven være ansvarlig for de råd han gir angående den alternative behandling, for eksempel dersom pasienten ber om legens vurdering i forhold til om han bør velge slik alternativ behandling. Legen vil også være ansvarlig for den skolemedisinske behandling han gir pasienten etter at pasienten begynner med alternativ behandling. Som eksempel kan det vises til tilfeller hvor legen anbefaler pasienten å velge alternativ behandling fremfor skolemedisinsk behandling, eller hvor legen endrer eller legger om sin behandling under henvisning til at pasienten i tillegg får alternativ behandling. Legens forhold vil i slike tilfeller måtte vurderes konkret i forhold til forsvarlighetskravet etter helsepersonelloven § 4.

Departementet viser til at det i vilkåret om at den alternative behandlingen skal skje i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, ikke ligger noe krav om at legen skal sette seg grundig inn i den alternative behandlingsform som ønskes gitt, og i hvilken grad denne kan sies å ha dokumentert behandlingseffekt i forhold til pasientens sykdom eller lidelse. Han vil imidlertid måtte sette seg inn i behandlingsformen i den utstrekning dette er nødvendig for at han skal kunne gi sitt råd. Herunder må legen vurdere om behandlingen kan tenkes å få negativ effekt for pasientens sykdom eller for den behandling pasienten får eller tilbys fra helsetjenesten.

For den alternative utøver vil behandling omfattet av første ledd være straffbar dersom legen har gitt beskjed om at han eller hun motsetter seg eller fraråder slik behandling, eller dersom legen ikke har besvart den alternative utøvers henvendelse. Bestemmelsen innebærer at pasienten eller den alternative behandler må gi melding til pasientens lege, og den alternative behandler må deretter forsikre seg om at den videre behandling kan skje i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege. Departementet har ikke foreslått krav med hensyn til meldingens form. Manglende svar fra legen kan ikke tolkes som et stilltiende samtykke.

Alternativ behandler har ikke lovpålagt dokumentasjonsplikt i form av plikt til å føre journal mv. I disse tilfellene har imidlertid den alternative behandler interesse av å kunne dokumentere at behandlingen skjer i samarbeid eller samforståelse med legen. For pasientens lege vil hovedregelen være at han må innta opplysninger i pasientjourna-

len om at slik behandling skjer i samarbeid eller samforståelse med ham eller henne, jf. her helsepersonelloven §§ 39 og 40, samt forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal.

I tillegg til grunnvilkåret om samarbeid eller samforståelse, foreslår departementet som nevnt at ett av to alternative vilkår også må være oppfylt. Det første av de alternative vilkårene i tredje ledd gjelder pasient som er myndig (det vil si pasienter som er over 18 år og ikke er umyndiggjort), og som heller ikke lider av en permanent eller forbigående svekkelse som gjør at vedkommende ikke har samtykkekompetanse. Pasientrettighetsloven vil ikke gjelde direkte ved behandling hos alternativ behandler utenfor helsetjenesten, men vurderingstemaene vil være de samme som følger av pasientrettighetsloven § 4–3 første og andre ledd. Dersom dette alternative vilkåret er oppfylt i tillegg til grunnvilkåret, kan pasienten enten velge alternativ behandling som et supplement til behandlingstilbud fra helsetjenesten, eller fravelge behandlingstilbud fra helsetjenesten til fordel for alternativ behandling.

Det andre alternative vilkåret i tredje ledd gjelder pasientgrupper som er i en slik alder eller tilstand at de ikke omfattes av første alternativ. Dette kan være pasientgrupper som barn, ungdom og umyndiggjorte. I disse tilfellene er det andre som representerer pasienten ved avgjørelser om behandling mv. De som representerer pasienten gis ikke samme adgang til å velge alternativ behandling som pasienter som selv er kompetente til å velge. Vilkåret for at alternative behandlere straffritt skal kunne behandle denne pasientgruppen for sykdommer og lidelser som omfattes av første ledd, er at helsetjenesten ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby pasienten.

Med lindrende behandling siktes det til behandling som påvirker pasientens situasjon utover ren smertestilling. Ren smertelindring vil helsetjenesten normalt alltid kunne gi, og det kreves derfor noe mer enn dette.

Hvem som i samarbeid eller samforståelse med legen kan velge alternativ behandling for pasienten, følger av tredje ledd siste punktums henvisning til bestemmelsene i lov om pasientrettigheter. Henvisningen til pasientrettighetsloven er tatt med idet denne loven ikke automatisk vil gjelde overfor alternative behandlere, se nærmere omtale av forholdet til pasientrettighetsloven under pkt. 12.8. Av pasientrettighetsloven §§ 4–4, 4–5, 4–7 og 4–8 fremgår hvem som på vegne av pasienten har kompetanse til å samtykke til helsehjelp, i de tilfellene hvor pasienten selv ikke kan samtykke eller mangler samtykkekompetanse. Bestemmelsene gjelder

tilsvarende så langt de passer. Det er ikke naturlig at alternativ behandler gis samme adgang til å treffe avgjørelse om behandling som den som yter helsehjelp i helsetjenesten har etter pasientrettighetsloven § 4–6, og denne bestemmelsen er derfor ikke gitt tilsvarende anvendelse.

Det å markedsføre eller tilby behandling som man ikke har lov til å utføre, vil kunne rammes av forslaget til § 8 om markedsføring, jf. nærmere om dette i pkt. 12.15. Departementet foreslår videre at behandling i strid med § 7 skal være ulovlig, og straffbar etter § 9. Straff rammer den som gir behandling. Departementet foreslår imidlertid ikke at det skal være straffbart for pasienten å søke eller motta slik behandling, jf. nærmere om dette i pkt. 12.16

12.15 Bestemmelser om beskyttet tittel og markedsføring

12.15.1 Gjeldende rett

Kvaksalverloven § 2 fastsetter regler for markedsføring og reklame. Av første ledd fremgår at den som «tar syke i kur» uten å være helsepersonell, kun kan reklamere for sin virksomhet i form av faktiske opplysninger som navn, adresse og kontortider, samt en «almindelig meddelelse om virksomhetens art».

Videre følger det av andre ledd at:

«Avertering eller reklame som er overdreven eller misvisende, eller som angår noen virksomhet som strider mot denne lov, er forbudt.»

Forarbeidenes omtale av begrepet «almindelig meddelelse om virksomhetens art» og begrepet «overdreven eller misvisende», er knapp, og gir således få retningslinjer når det gjelder det nærmere innhold i disse begrepene. Statens helsetilsyn og fylkeslegene fører tilsyn med landets helsetjeneste og helsepersonell, og vil i den forbindelse til en viss grad også bli gjort kjent med saker som gjelder alternativ behandling og mulige brudd på kvaksalverloven, jf. nærmere om dette i pkt. 12.17.6. Flere av disse sakene knytter seg til markedsføring av ulike former for alternativ behandlingsvirksomhet. Ved alvorlige tilfeller vil tilsynsmyndighetene vurdere politianmeldelse.

Gjeldende § 2 må imidlertid sees i sammenheng med at § 1 tidligere inneholdt eksempler på titler eller betegnelser som det ikke var lov å benytte, idet det her het at den som tok syke i kur uten å være lege eller tannlege, ikke kunne kalle seg lege eller tannlege eller gi seg selv

«(...) 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.»

Som nevnt ble kvaksalverloven endret ved helsepersonellovens vedtagelse. Under henvisning til at § 74 i den nye helsepersonelloven ville regulere tittelbeskyttelsen, foreslo departementet at dagjeldende § 1 ble opphevet, jf. Ot.prp. nr. 13 (1998–99) side 255.

I helsepersonelloven § 74 er det inntatt bestemmelser om bruk av beskyttet tittel. I bestemmelsens første ledd heter det:

«Bare den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell.»

Av bestemmelsens andre ledd fremgår at:

«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.»

I forarbeidene, jf. Ot.prp. nr. 13 (1998–99) side 149, er det vist til at formålet med tittelbeskyttelse

«(...) er at publikum ikke skal villedes ved at personer bruker titler de ikke er kvalifisert for å inneha. Tittelbeskyttelse bidrar til en offentlig kvalitetssikring av tjenesteutøvelsen, og pasientsikkerheten styrkes dersom den beskyttede tittelen gir tydelig informasjon om yrkesutøvers kompetanse.»

Når det gjelder bestemmelsen i andre ledd, er det i forarbeidene (Ot.prp. nr. 13 (1998–99) side 254) uttalt at bestemmelsen

«(...) setter begrensninger i uriktig bruk av titler eller annonsering av virksomhet på en måte som kan gi inntrykk av at vedkommende har autorisasjon som helsepersonell. Således vil f.eks. titler kombinert med ordet lege (f.eks. naturlæge) ikke kunne brukes av andre enn personell som har autorisasjon som lege. Tilsvarende vil annonsering som inneholder virksomhetsbeskrivelse som kan knyttes til bestemte faglige kvalifikasjoner være forbudt for andre enn den som har en bestemt autorisasjon. Således vil f.eks. ordet «kiropraktikk» kunne gi inntrykk av

at vedkommende har autorisasjon som kiropraktor og er derfor forbeholdt kiropraktorer å benytte.»,

Med hjemmel i bestemmelsens tredje ledd kan departementet i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke titler som er beskyttet etter loven. Slik forskrift er ikke gitt.

Utover det som følger av helsepersonelloven og kvaksalverloven er bruk av titler ikke regulert. For eksempel finnes det ikke regler for hvem som kan bruke titler som «akupunktør», «homøopat», «soneterapeut», «psykoterapeut» osv.

Helsepersonell må overholde helsepersonelloven § 13 når de markedsfører sin virksomhet. Etter § 13 første ledd skal markedsføringen være «forvarlig, nøktern, og saklig», jf. nærmere om dette under pkt. 12.15.4.

I tillegg til bestemmelsene om markedsføring i helsepersonelloven og kvaksalverloven § 2, vil også lov av 16. juni 1972 nr. 47 om kontroll med markedsføring og avtalevilkår (markedsføringsloven), være relevant for hvordan alternative behandlere kan markedsføre sin virksomhet, jf. pkt. 7.16 hvor det er redegjort nærmere for denne loven og overvåkingen av markedsføringen.

Priser og forretningsvilkår reguleres særlig i pristiltaksloven (lov av 11. juni 1993 nr. 66), og av denne lovens § 2 første ledd fremgår at

«(D)et er forbudt å ta, kreve eller avtale priser som er urimelige. Heller ikke må det kreves, avtales eller opprettholdes forretningsvilkår som virker urimelig overfor den annen part eller som åpenbart er i strid med allmenne interesser.»

Av bestemmelsens andre ledd fremgår at det med «pris» menes enhver form for vederlag.

Konkurransetilsynet fører kontroll med at § 2 overholdes, jf. § 3 første ledd. Overtredelse av loven straffes etter § 4.

Også straffeloven inneholder bestemmelser som kan tenkes å ramme alternative behandlere. Dette kan for eksempel være aktuelt dersom det markedsføres og selges virkningsløse «Lægemidler eller Forebyggelsesmidler», jf. straffeloven § 157 som 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 sykdom. Som nevnt i pkt. 7.20 er det i NOU 2002:4 Ny straffelov foreslått å oppheve bestemmelsen. Det uttales i den forbindelse at det ikke er tatt stilling til den øvrige kvaksalverlov, men at slik strafferegulering i såfall best bør skje gjennom spe-

siallovgivning, og ikke ved egne bestemmelser i straffeloven.

Når det gjelder rettslig regulering i andre land vises det til kapittel 8.

12.15.2 Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin

Utvalget foreslo å innføre en lovbestemmelse om forbud mot bruk av beskyttet tittel, og mot villedende markedsføring. Bestemmelsen var foreslått inntatt som ny § 75 i helsepersonelloven, og lød:

«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.»

Bestemmelsens første ledd var i det vesentligste i samsvar med det Sosial- og helsedepartementet hadde foreslått som § 86 i høringsutkastet til ny helsepersonellov. I helsepersonelloven er denne bestemmelsen inntatt som § 74.

Første og annet ledd i utvalgets forslag var en videreføring av prinsippene i kvaksalverloven § 1, samtidig som bestemmelsen var gjort mer generell for å omfatte tittelbeskyttelse for alle grupper autorisert helsepersonell.

Forslagets tredje ledd viderefører kvaksalverloven § 2 annet ledd, jf. også første ledd, og var foreslått som en spesialbestemmelse i forhold til markedsføringslovens generelle bestemmelser som også kan komme til anvendelse i forhold til markedsføring av alternativ behandling. I merknadene til bestemmelsen har utvalget som eksempel på markedsføring som kunne bli rammet av bestemmelsen, vist til 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.

Av utvalgets forslag fremgår videre at departementet ved forskrift skulle kunne gi nærmere bestemmelser om markedsføringen.

Overtredelse av bestemmelsen ville kunne være straffbar etter den straffebestemmelse som utvalget hadde foreslått inntatt som ny § 79 i helsepersonelloven.

Når det gjelder tittelbruk foreslo Aarbakke-ut-

valget at den som blir registrert i den registerordning som utvalget foreslo, jf. kapittel 14, skulle kunne bruke betegnelsen «offentlig registrert» i tilknytning til sin yrkestittel, jf. NOU 1998: 21 pkt. 15.3.4 og utvalgets forskriftsutkast § 11.

12.15.3 Høringsinstansenes syn

Svært få høringsinstanser har uttalt seg konkret til dette spørsmålet. Departementet legger til grunn at dette skyldes at de fleste er enig i at det bør gjelde regler om tittelbeskyttelse og regler i forhold til markedsføring.

Statens helsetilsyn har i sin høringsuttalelse særlig fokusert på problemstillinger knyttet til helsepersonell som også utøver alternativ behandling. I den forbindelse påpekes at helsepersonellet må være tydelig på å skille mellom virksomhet som helsepersonell og virksomhet som alternativ behandler. Departementet har redegjort nærmere for dette under pkt. 12.4, og det vises til dette. Mer generelt når det gjelder markedsføring har imidlertid Helsetilsynet påpekt at de er

«(...) opptatt av hvordan markedsføringen av alternative behandlingsmetoder kan bidra til den økte medikaliseringen i samfunnet. En slik markedsføring vil særlig kunne nå fram til kvinner med diffuse kroniske sykdommer og lidelser som opplever det som at det offentlige helsevesenet ikke har noe tilbud til dem.»

Fylkeslegen i Rogaland har understreket viktigheten av at alternativ behandlingsevne og markedsføringen av denne reguleres slik at mennesker i en vanskelig livssituasjon ikke utnyttes.

Forbrukerombudet har i sin høringsuttalelse vist til samarbeidet med Statens legemiddelverk (da; Statens legemiddelkontroll), jf. nærmere om dette i pkt. 7.16, og hadde for øvrig ikke kommentarer til utvalgets innstilling.

12.15.4 Departementets vurdering og forslag

Vedrørende spørsmålet om forbud mot bruk av beskyttet tittel

På bakgrunn av at tittelbeskyttelse av autoriserte helsepersonellgrupper er regulert i helsepersonelloven § 74, vil det strengt tatt ikke være behov for å innta særskilte bestemmelser om de titler som omfattes av helsepersonellovens bestemmelse i en egen lov om alternativ behandling. Av pedagogiske grunner mener imidlertid departementet at det i en lov om alternativ behandling bør inntas bestemmelser som henviser til den tittelbeskyttelse som følger av helsepersonelloven.

Departementet foreslår derfor at det i ny lov om alternativ behandling inntas bestemmelser om tittelbeskyttelse med tilsvarende ordlyd som § 74 første ledd i lov om helsepersonell, samtidig som det inntas en henvisning til de bestemmelser i helsepersonelloven som gjelder henholdsvis autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Bestemmelsen skal fortolkes på samme måte som helsepersonelloven § 74 første ledd, og skal ikke innebære noen endring av denne bestemmelsen. I lovforslaget er bestemmelsen inntatt som § 8 første ledd.

Departementet har i kapittel 14 drøftet opprettelse av en frivillig registerordning for utøvere av alternativ behandling. Som det vil fremgå foreslår departementet at registerordningen hjemles i lov om alternativ behandling. Den som er registrert, vil ha rett til å benytte betegnelsen «registrert» i tilknytning til sin yrkesbetegnelse som alternativ behandler. Aarbakke-utvalget foreslo som nevnt betegnelsen «offentlig registrert», men departementet er av den oppfatning at betegnelsen kun bør være «registrert», for eksempel «registrert naturterapeut», «registrert homøopat» osv. Dette har sammenheng med at man ønsker at registrering i minst mulig grad skal oppfattes som en offentlig godkjenning, jf. drøftelsen i pkt. 14.6.2. Departementet foreslår at det også i forhold til gruppen av registrerte alternative behandlere, lovfestes bestemmelser om tittelbeskyttelse, slik at det uttrykkelig er forbeholdt de som er registrert å benytte begrepet «registrert» i tilknytning til sin yrkesbetegnelse. I lovforslaget er bestemmelsen inntatt som § 8 andre ledd.

I forlengelsen av dette vil departementet påpeke at regler om tittelbeskyttelse vil være lite effektive dersom det er mulig å omgå reglene ved å bruke titler som ligner svært mye, eller ved markedsføring som gir brukerne inntrykk av at vedkommende utøver innehar slik tittel som er beskyttet. Departementet har derfor i lovforslaget § 8 tredje ledd inntatt begrensninger i forhold til hvilken adgang det skal være når det gjelder å benytte titler eller markedsføring av virksomheten som kan gi uriktig inntrykk av at vedkommende har slik tittel.

Når det i bestemmelsen brukes begrepet «benytte titler», siktes det her til både muntlig og skriftlig bruk av titler. Eksempler på muntlig bruk av titler vil være i forbindelse med pasientkonsultasjoner eller ved annen pasientkontakt, for eksempel ved timebestilling og lignende. Skriftlig bruk av titler vil særlig kunne tenkes i forbindelse med korrespondanse med pasienten eller ved bruk av visittkort og lignende, i tillegg til tittelbruk i forbindelse med markedsføring av virksomheten.

I bestemmelsen foreslås det som nevnt også at

det skal være forbudt å markedsføre virksomheten på en slik måte at det gis inntrykk av at vedkommende for eksempel er autorisert helsepersonell eller registrert alternativ behandler. Når det gjelder uttrykket «markedsføre virksomhet», siktes det her til enhver form for markedsføring. Det vil således omfatte markedsføring som skjer i papirform, for eksempel ved oppføring i telefonkataloger, særskilt utarbeidet reklamemateriell eller gjennom annonser i aviser, blader, tidsskrifter eller bransjeblad. Videre vil det omfatte markedsføring som skjer i form av lyd- og bildereklame på tv eller radio. Også elektronisk formidlet markedsføring, for eksempel ved e-post eller markedsføring på Internett, vil være omfattet. Begrepet vil også omfatte ulike former for markedsføring ved hjelp av teletorgtjenester.

Eksempler på uriktig tittelbruk eller markedsføring kan være dersom en alternativ behandler kaller seg «naturlege», eller tar i bruk andre sammenstillinger av ordet lege, bruk av ordet doktor eller forkortelsen dr. Også bruk av begrepet «medisiner» vil kunne rammes av forbudet, for eksempel «komplementærmedisiner» eller «komplementær medisinsk behandler» eller «medisinsk terapeut». Andre eksempler på begrepsbruk som kan omfattes vil være «alternativ/komplementær kiropraktor», «komplementærmedisinsk fysioterapeut» og lignende.

Videre vil det kunne være forbudt å markedsføre behandlingsformer som uriktig kan gi inntrykk av at vedkommende innehar slik kompetanse som ellers følger av å være autorisert som helsepersonell, for eksempel dersom det reklameres med at man tilbyr kiropraktikkbehandling, at man er utøver av kiropraktikk, at man gir behandling etter fysioterapeutiske metoder eller prinsipper, at man gir medisinsk behandling og lignende.

Vedrørende spørsmålet om regulering av markedsføring

Som nevnt ovenfor reguleres alternative behandleres markedsføring i dag av kvaksalverloven § 2 og markedsføringslovens bestemmelser. Blant høringsinstansene er det få eller ingen som har hatt innvendinger mot utvalgets forslag til at det lovfestes et forbud mot villedende markedsføring innenfor feltet alternativ behandling.

Etter departementets oppfatning er det viktig med regulering av alternative behandleres markedsføring. Det vises også til at slike regler gjelder for helsepersonell etter helsepersonelloven § 13 første ledd. Det fremgår her at markedsføring av helsetjenester skal være «forsvarlig, nøktern og saklig.»

Formålet med å regulere markedsføringen av alternativ behandling vil særlig være å forhindre uriktige påstander om hva de enkelte behandlingsformer hjelper mot, hvor stor bedring som kan påregnes, hvor stor sannsynlighet det er for at behandlingen kan ha effekt osv. Det er også viktig at det utvises redelighet blant annet i forhold til om behandlingen også inneholder eventuelle religiøse elementer, slik at forbrukere/pasienter ikke lar seg behandle ut fra feil forutsetninger. Regulering av markedsføringen kan være et virkemiddel for å sikre den enkelte forbruker korrekt og relevant informasjon, slik at han/hun kan treffe en reell og informert avgjørelse om han/hun ønsker den aktuelle behandling eller ikke. Markedsføringsbestemmelser vil således være viktig for å bidra til at forbruker/pasient får en realistisk oppfatning av hvilken hjelp som kan ytes fra den enkelte behandler.

Også for bransjen selv vil det være hensiktsmessig med slike regler. Ved at det stilles krav til markedsføringen vil utøverne kunne ansvarliggjøres, og det må antas at dette kan bidra til å skille ut useriøse utøvere.

Departementet foreslår etter dette at det i lov om alternativ behandling inntas en spesialbestemmelse i forhold til markedsføringslovens bestemmelser. I lovforslaget § 8 fjerde ledd foreslås derfor følgende bestemmelse:

«Den som tilbyr alternativ behandling, kan i sin markedsføring kun gi en nøktern og saklig beskrivelse av virksomhetens art.»

Forbrukerombudet skal føre tilsyn med markedsføringen i henhold til bestemmelsen.

Regelen om markedsføring vil gjelde i forhold til alle typer alternativ behandling som omfattes av loven, og vil gjelde markedsføring av ulike former for undersøkelse, medisinske inngrep eller annen behandling.

Med begrepet «virksomhetens art» siktes det her både til mer forretningsmessige opplysninger og opplysninger om de ulike behandlingsformer som tilbys.

Når det gjelder forretningsmessige opplysninger, siktes det særlig til opplysninger om navn, tittel, adresse, kontortid, kontaktmåter (telefon, e-post, hjemmeside på Internett) osv.

Opplysninger om tittel vil normalt være knyttet til den utdanning man har og/eller den virksomhet man særlig driver. Utover den tittelbeskyttelse som følger av helsepersonelloven og kvaksalverloven gjelder det i dag ikke særskilt regulering av bruk av titler i tilknytning til alternativ behandling. Det finnes således ikke regler for hvem som kan kalle seg «akupunktør», «homøopat», «soneterapeut» osv.

Som nevnt ovenfor har departementet som § 8 andre ledd foreslått en bestemmelse om tittelbeskyttelse for den som er «registrert utøver», og registrerte utøvere kan følgelig bruke slik betegnelse i tilknytning til sin yrkesbetegnelse, jf. ovenfor hvor spørsmål om tittelbeskyttelse, samt lovforslagets § 8 første til tredje ledd drøftes.

I markedsføringen kan det også opplyses om medlemsskap i ulike utøverorganisasjoner, noe som oftest vil skje i tilknytning til tittelbeskrivelsen. I kapittel 4 er det redegjort for enkelte utøverorganisasjoner, og hvilke krav de stiller til sine medlemmer når det gjelder gjennomført utdanning/faglig bakgrunn.

Som nevnt omfatter begrepet «virksomhetens art», i tillegg til forretningsmessige opplysninger, også opplysninger om de ulike behandlingsformer som tilbys. Det vil her kunne gis beskrivelse av de behandlingsformer som utøveren tilbyr, hva disse går ut på og hvordan de gjennomføres, samt en nøktern beskrivelse av hvilke tilstander de brukes ved.

All markedsføring vil bli vurdert ut fra det umiddelbare inntrykk markedsføringen skaper hos den jevne forbruker. Derfor må det utvises særlig akt-somhet ved beskrivelser av hvilke tilstander den alternative behandlingen brukes ved. Bakgrunnen er at markedsføringen lett kan gi et inntrykk av at behandlingsformen har effekt. Dersom det i markedsføringen benyttes påstander om ulike behandlingsformers effekt, er dette påstander som krever dokumentasjon, og slik markedsføring vil være forbudt. Dette vil typisk gjelde markedsføring av en behandlingsform med bruk av løfter om helbredelse, forebyggelse eller lignende av konkrete sykdommer eller lidelser.

Departementet foreslår at det i bestemmelsen åpnes for at departementet ved forskrift kan gi nærmere bestemmelser om markedsføring, jf. forslaget til § 8 femte ledd. I en slik forskrift vil det kunne gis ytterligere avklaringer i forhold til hva slags markedsføring som skal være tillatt etter loven.

Som nevnt skal markedsføringen være «nøktern og saklig». Vurderingen i forhold til disse vilkårene vil til en viss grad være likeartet, og det vil kunne være vanskelig å si hvilket vilkår som eventuelt er overtrådt, i det begge vilkår ofte vil kunne sies å være overtrådt samtidig. Når det stilles krav om at markedsføringen av alternativ behandling skal være nøktern, siktes det særlig til at markedsføringen ikke må inneholde opplysninger som kan villedende. Det kan blant annet legges vekt på om markedsføringen kan bidra til å utnytte befolkningens mangelfulle kunnskap, for eksempel dersom det er et misforhold mellom tilbudet slik det fremgår av

markedsføringen, påregnelig resultat og eventuelle uheldige skader eller bivirkninger. Det vil også kunne være villedende dersom behandleren ikke opplyser pasienten om religiøse elementer i behandlingen.

At markedsføringen skal være saklig vil særlig medføre krav om at markedsføringen ikke utformes på en slik måte at den på en utilbørlig måte undergraver eller svekker tilliten til ordinær helsehjelp eller andre former for alternativ behandling. Kravet om at markedsføringen skal være saklig vil særlig være av betydning når det gjelder beskrivelsen av ulike behandlingsformer som behandleren tilbyr og ved hvilke tilstander disse brukes. Beskrivelsen av de ulike behandlingsformer skal være i tråd med hva som anses for å være allment akseptert på fagområdet. Likedan vil det ved beskrivelsen av hvilke tilstander som behandlingen benyttes ved, være krav om at denne er i tråd med hva som er allment akseptert innefor aktuelle fagområde. Eksempel på usaklig markedsføring vil være tilfeller hvor en alternativ behandler markedsfører behandlingsvirksomhet som han etter denne lov eller annen lov ikke har adgang til å behandle.

Ved vurderingen av markedsføringen etter bestemmelsen, kan det også sees hen til eventuelle retningslinjer innenfor de forskjellige utøverorganisasjoner. Enkelte av disse vil blant annet kunne inneholde nærmere retningslinjer for hvordan markedsføringen skal gjøres.

Når det gjelder uttrykket «markedsføre», siktes det her til enhver form for markedsføring og bruk av ethvert medium. Det vil således omfatte markedsføring som skjer i papirform, for eksempel ved oppføring i telefonkataloger, særskilt utarbeidet reklamemateriell eller gjennom annonser i aviser, blader, tidsskrifter eller bransjeblad. Videre vil det omfatte markedsføring som skjer i form av lyd- og bildereklame på tv eller radio. Også elektronisk formidlet markedsføring, for eksempel ved e-post eller ved markedsføring på Internett, vil være omfattet. Begrepet vil også omfatte ulike former for markedsføring ved hjelp av teletorgtjenester. Særlig i de tilfeller hvor det benyttes markedsføring på Internett, typisk ved opprettelse av egen hjemmeside, vil vurderingen av markedsføringen etter en konkret vurdering også kunne skje i forhold til de henvisninger/linker som inntatt.

Hvorvidt en beholders markedsføring skal sies å være i strid med bestemmelsen, vil som nevnt måtte avgjøres etter en konkret helhetsvurdering. Departementet foreslår imidlertid at det i bestemmelsen åpnes for at departementet ved forskrift kan gi nærmere bestemmelser om markedsføring. I slik forskrift vil kunne gis ytterligere avklaringer i

forhold til hva slags markedsføring som skal være tillatt etter loven. Utarbeidelse av en slik eventuell forskrift bør skje i samarbeid med blant annet tilsynsmyndighetene, forbrukermyndighetene og utøverorganisasjoner.

Vedrørende tilsyn med markedsføringsreglene

Rask håndhevelse av markedsføringsreglene er en forutsetning for at de skal fungere som ønsket. Dette vil kunne ha en forebyggende og skjerpende virkning overfor den enkelte utøvers markedsføring. Tilsynsorganenes samlede ressurser, kompetanse og prioriteringer har imidlertid betydning for hvor rask håndhevelsen av markedsføringsreglene kan være.

Det finnes i dag ikke noe felles klage- og tilsynssystem for alternativ behandling. Når det gjelder alternativ behandling gitt av helsepersonell, vil som nevnt Statens helsetilsyn/fylkeslegene føre tilsyn med disse utøvernes markedsføring i henhold til helsepersonelloven § 13 første ledd.

Når det gjelder alternative behandlere som ikke er helsepersonell, har det til nå ikke vært noe eget organ som har ført samlet tilsyn med slik virksomhet, herunder markedsføringen. Forbrukerombudet har i henhold til markedsføringsloven ført et visst tilsyn med slik markedsføring, men har i stor utstrekning vært avhengig av samarbeid med andre organer. Som nevnt har Forbrukerombudet oversendt enkelte saker for vurdering til Helsetilsynet, selv om det her ikke nødvendigvis har vært snakk om helsepersonell som markedsfører alternativ behandling. I slike tilfeller vil Helsetilsynets eneste samskjønsmulighet være å vurdere forholdet med tanke på politianmeldelse. I tillegg har Forbrukerombudet hatt avtale med Statens legemiddelverk om vurdering av markedsføring i forhold til legemiddeloven § 20. Også Statens næringsmiddeltilsyn vil i noen utstrekning føre tilsyn med markedsføring av produkter som ikke er legemidler.

Som det fremgår i pkt. 12.17.6 er departementet av den oppfatning at det ikke bør opprettes noe nytt særskilt klage- og tilsynsorgan som skal behandle klager på alternative behandlere, herunder klager på markedsføringen, samt føre mer overordnet tilsyn med feltet. Etter departementets oppfatning bør tilsyn med markedsføring i størst mulig utstrekning legges til ett organ. I så måte bør tilsyn med markedsføring fra alternative behandlere som ikke er helsepersonell, etter departementets oppfatning ligge hos Forbrukerombudet. Ombudet har rutiner, erfaring og en organisasjon som er nødvendig for å kunne reagere raskt. De har i tillegg kompetanse til å vurdere lovligheten av markedsføring

generelt, samt mulighet til å ilegge administrative sanksjoner, jf. markedsføringsloven.

Departementet ønsker at det skal føres et mer aktivt og overordnet tilsyn med markedsføringen på feltet. En forutsetning for dette vil være at Forbrukerombudet har de nødvendige ressurser, samt tilgang til nødvendig fagkompetanse for å vurdere markedsføringen av forskjellige alternative behandlingsformer. Det vil i den forbindelse kunne være nødvendig for Forbrukerombudet å innhente faglige råd/vurderinger fra andre organer, for eksempel Sosial- og helsedirektoratet, NAFKAM, utøverorganisasjoner og lignende, eller personer med særlig kompetanse på de ulike områder. For å sikre nødvendig ivaretagelse av dette feltet, vil departementet sørge for at Forbrukerombudet blir tilført ressurser slik at de kan føre et mer aktivt og overordnet tilsyn på feltet. Helsedepartementet vil også i samråd med Barne- og familiedepartementet vurdere om det vil være behov for å fastsette i forskrift nærmere regler for markedsføring av alternativ behandling, jf. ovenfor om forskriftshjemmelen i § 8 femte ledd.

Når det gjelder autorisert helsepersonells markedsføring av alternativ behandling, legger departementet til grunn at Statens helsetilsyn fortsatt skal føre tilsyn med dette, jf. nærmere i pkt. 12.17.6.

12.16 Straffebestemmelser

12.16.1 Gjeldende rett

Visse handlinger i forbindelse med alternativ behandlingsvirksomhet vil kunne rammes av straffereglene i kvaksalverloven, samt av bestemmelser i den alminnelige straffelov. Videre vil generelle straffebestemmelser i særlovgivning kunne komme til anvendelse, jf. for eksempel markedsføringsloven.

Overtredelse av kvaksalverloven §§ 1–4 eller medvirkning til dette, straffes etter § 6 med bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Straffen kan forhøyes til inntil seks måneder i gjentakelsestilfeller eller dersom det foreligger særdeles skjerpende omstendigheter. Overtredelse er å anse som forseelse. Av § 6 tredje ledd følger at det ikke vil fritta for straff at vedkommende «i de tilfeller som er nevnt i § 4, på grunn av manglende kyndighet ikke har forstått sykdommens art.»

På samme måte straffes etter § 7 «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 unnlater å søke

kyndig hjelp.» Dersom behandlingen medfører døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, kan vedkommende straffes med fengsel i inntil to år. Medvirkning straffes på samme måte, og heller ikke etter § 7 vil det være straffritakende dersom vedkommende «på grunn av manglende kyndighet ikke har forstått faren eller sykdommens art.»

Etter § 7 vil behandling som setter liv og helbred i alvorlig fare være straffbart selv om det ikke har oppstått noen skade ved behandlingen. Avgjørende vil være om handlingen i det konkrete tilfellet er av en slik art at den medfører en konkret fare for en bestemt persons liv eller helbred. For å rammes bør faren være noenlunde nærliggende, sml. straffeloven § 43. Den fare pasienten utsettes for, kan bestå i at behandleren ikke behersker behandlingsmetoden godt nok eller i at selve behandlingsmåten i seg selv er farlig, for eksempel bruk av stoffer eller naturpreparater som er helseskadelige.

Som nevnt vil det hverken etter § 6 eller § 7 være straffriende dersom behandleren på grunn av manglende kyndighet ikke forsto faren eller sykdommens art. I lovens forarbeider, jf. Ot.prp. nr. 39 (1936) side 7, er det om dette prinsipp uttalt at:

«Departementet slutter sig til det Medisinaldirektøren har anført og skal bemerke at forbudet i § 4 mot å behandle forskjellige sykdommer antagelig vil bli temmelig illusorisk hvis vedkommende kan undskylde sig med at han ikke forstod sykdommens art. Folk som driver så farlig virksomhet som å ta syke i kur, må vise den ytterste aktsomhet når det gjelder alvorlige sykdommer, og det må kunne forlanges at de har såpass kyndighet i det de driver med, at de er i stand til å avgjøre om der kan være mistanke om slik sykdom som nevnt. I tvilstilfelle kan de sørge for at patienten skaffer en lægeattest før de overtar behandlingen, og vil da selvsagt være fri.»

I lovens § 8 er det inntatt ytterligere en straffebestemmelse som setter straff for den som plikter å tilby helsehjelp til en som har krav på dette, men i stedet «har bevirket den syke tatt under kur av person som ikke er helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3, (...) hvis kuren har medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, jf. straffeloven § 9.»

Straff etter kvaksalverloven kommer ikke til anvendelse dersom den alminnelige straffelovgivning medfører høyere straff, jf. § 9.

Når det gjelder rettslig regulering i andre land vises det til kapittel 8.

12.16.2 Forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin

Aarbakke-utvalget foreslo at det i det nye kapittelet i helsepersonelloven ble inntatt to straffebestemmelser som kunne ramme alternativ behandling. Bestemmelsene var inntatt som henholdsvis § 79 og § 80.

Den foreslåtte § 79 skulle ramme overtredelse av §§ 75 til 77, og lød:

«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 gjentagelse 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.»

Utvalget viste til at bestemmelsen – med unntak av skyldkravet – var overensstemmende med utkastet til § 88 i Sosial- og helsedepartementets høringsnotat om ny helsepersonellov mv., men slik at også den nye bestemmelsen som utvalget foreslo om taushetsplikt (§ 77), skulle omfattes av straffebudet.

Bestemmelsen ville innebære en videreføring av straffebestemmelser i kvaksalverloven § 6. Strafferammene var foreslått å være de samme, men de handlinger som kunne rammes av straffebudet ville ikke være de samme, idet de foreslåtte §§ 75 og 76 innebar realitetsendringer i forhold til de tilsvarende bestemmelsene i kvaksalverloven.

Utvalget foreslo at så vel grovt uaktsomme som forsettlige overtredelser skulle omfattes, mens simpel uaktsomhet ikke skulle rammes.

I bestemmelsens siste ledd foreslo utvalget inntatt en ny bestemmelse som innebar en realitetsendring i forhold til kvaksalverloven. Brudd på kvaksalverloven § 6 er undergitt ubetinget offentlig påtale, mens det foreslåtte siste ledd i § 79 innebar at påtale kunne finne sted dersom allmenne hensyn talte for det eller dersom Statens helsetilsyn begjærte påtale.

I forslaget § 80 foreslo utvalget inntatt en egen straffebestemmelse for å utsette pasienter for fare, og bestemmelsen lød:

«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.»

Utvalget viste til at bestemmelsen skulle videreføre straffebestemmelsen som i dag finnes i kvaksalverloven § 7, men at den var utformet noe annerledes. Strafferammene er de samme som i kvaksalverloven.

Etter forslaget vil simpel uaktsomhet være tilstrekkelig som skyldform. Utvalget har imidlertid vist til at det særlig vil være handlinger med alvorlige skadefølger og grovt uaktsom framferd som burde føre til påtale etter bestemmelsen.

12.16.3 Høringsinstansenes syn

Som tidligere nevnt har en rekke høringsinstanser på mer eller mindre generelt grunnlag uttalt at de er enten enige eller uenige i utvalgets lovforslag. Dette må antas også å gjelde i forhold til utvalgets forslag til straffebestemmelser. Få høringsinstanser har hatt konkrete synspunkter når det gjelder utvalgets forslag til straffebestemmelser.

Av de høringsinstanser som konkret har kommentert straffebestemmelsene viser departementet til *Oslo statsadvokatembeter* som har uttalt:

«Slik selve straffebestemmelsen er utformet (§ 79 s. 240) medfører den generelle straffskjerpelsen i annet ledd at påtalekompetansen jf straffeloven § 2 jf straffeprosessloven §§ 66 og 67, blir statsadvokatens. Som tidligere nevnt er ikke dette tilfelle i kvaksalverloven. En kan vanskelig se noen grunn til at ikke politiet fortsatt bør ha denne kompetansen. Spørsmålet berøres ikke av utvalget, som vel må antas å ikke ha vært klar over problemstillingen.

Det bør derfor i § 79 tilføyes et 6. ledd som lyder: «Overtredelse av denne lov er å anse som forseelse.»»

Riksadvokaten har avgitt en omfattende høringsuttalelse vedrørende utvalgets forslag til straffebe-

stemmelser. Om behovet for strafferettslig regulering har Riksadvokaten uttalt:

«Riksadvokaten er enig i at det er behov for en mer tidsmessig strafferettslig regulering og at kvaksalverloven bør erstattes av ny lovgivning.

Etter riksadvokatens oppfatning bør det fortsatt være straffebestemmelser rettet mot personer som uten å være helsepersonell foretar medisinske inngrep eller behandling som utsetter syke eller lidende personer for «alvorlig helserisiko» (§ 76 første ledd, jf. § 79) eller som «utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare» (§ 80). En har heller ikke innvendinger mot utkastet til § 76 annet ledd om ukvalifisert behandling av smittsomme sykdommer og alvorlige sinnslidelser. Handlingene kan være alvorlige, og det er vanskelig å se at administrativ håndheving (tilbakekall av eventuell autorisasjon eller godkjenning ved misbruk) vil være tilstrekkelig effektiv reaksjon i alvorlige tilfeller. Er det mulighet for administrativ sanksjon, bør det nøye vurderes om en slik reaksjon er tilstrekkelig og om Statens helsetilsyn derfor bør unnlate å begjære påtale. Mulighet for alternativ reaksjon vil også spille inn ved påtalemyndighetenes vurdering av om allmenne hensyn krever påtale.

En er mer usikker på om utgangspunktet bør være at det også i seg selv er straffbart å behandle «alvorlige sykdommer og lidelser» for andre enn helsepersonell uten at dette har ført til helserisiko, jf. utkast til § 76 tredje ledd. Riksadvokaten har begrenset innsikt i det praktiske behovet, og må basere seg på at en unntaksbestemmelse i den retning som er foreslått i bestemmelsens fjerde ledd gir en rimelig avgrensning av området for det straffbare.»

I sine konkrete merknader til forslaget til straffebestemmelser har Riksadvokaten for det første påpekt at det synes å være en viss overlapp mellom forslagets § 79 som setter straff for overtredelse av bestemte handlingsnormer (bestemmelsene i forslagets §§ 75 – 77) og forslagets § 80 som inneholder norm og straffetrussel under ett (bestemmelsen setter straff for «den som utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare»). Riksadvokaten uttaler at det prinsipielt sett ikke er noe i veien for en slik oppdeling, men påpeker at dette lett vil lede til overlappende bestemmelser, noe som også utvalgets utkast viser. I den forbindelse uttaler Riksadvokaten:

«Så vidt en kan forstå vil «(d)en som ikke er helsepersonell, og som ved medisinske inngrep eller behandling ... utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare» (§ 80) også rammes av § 76 første ledd, jf. § 79 som setter straff for den som

uten å være helsepersonell utøver medisinske inngrep eller behandling som kan utsette noen for «alvorlig helserisiko». Det er vanskelig å se noen grunn til å ha to bestemmelser som i det vesentlige rammer det samme. Skyldkravet etter bestemmelsene er imidlertid forskjellig uten at det er nærmere begrunnet.»

I forlengelsen av dette har Riksadvokaten vist til at forholdet mellom helsepersonellovens alminnelige straffebestemmelse i § 67 og de foreslåtte straffebestemmelser, ikke er drøftet av utvalget. Riksadvokaten foreslår derfor at:

«(...) departementet overveier om ikke overtredelse av i alle fall utkastet til §§ 75 og 77 bør falle inn under den alminnelige straffebestemmelsen i § 67. Det er neppe særskilt behov for en skjerpet strafferamme for overtredelse av disse bestemmelsene.»

Videre uttaler Riksadvokaten:

«Det bør være tilstrekkelig med en straffebestemmelse rettet mot den som foretar medisinske inngrep eller behandling som skal være forbeholdt helsepersonell. Det er grunn til å frigjøre seg fra dagens regulering i kvaksalverloven og unngå straffebestemmelser som i betydelig grad overlapper hverandre. Det synes mest nærliggende å ta utgangspunkt i utkastet til § 76 og føye til de nødvendige elementer fra utkastet til § 80. Det kan for øvrig rettes innvendinger også til utkastet til § 80 isolert betraktet, men riksadvokaten lar dette ligge.»

Riksadvokaten har også knyttet enkelte merknader til vilkåret for straffrihet etter forslaget til § 76 fjerde ledd. For det første når det gjelder vilkåret om at behandlingen må skje i «samarbeid eller samforståelse med pasientens lege», og dernest når det gjelder de alternative vilkår om at behandlingen i tillegg enten må velges av en myndig kompetent person eller helsevesenet må mangle behandlingstilbud.

Når det gjelder det førstnevnte, og da spesielt uttrykket «samforståelse», uttaler Riksadvokaten:

«Det er uklart om «samforståelse» er noe annet enn «forståelse», og om det kreves (uttrykkelig eller stilltiende) aksept eller om informasjon er tilstrekkelig. Utvalget legger til grunn (side 220 annen spalte) at «(b)are dersom legen gir beskjed om at han eller hun motsetter seg behandlingen, vil den være straffbar», men dette synes nokså fjernt fra en naturlig lesemåte. Det føyes til (side 221 første spalte) at unntaksbestemmelsen ikke «bør tolkes antitetisk slik at straffeforfølgelse skjer «automatisk» ved overtredelse av kravet til samarbeid eller samforståelse». Det fremgår videre at utvalget mener at

straff ikke skal anvendes «bare fordi legen motsetter seg behandlingen». Det er vanskelig å forstå dette annerledes enn at utvalget i realiteten åpent foreslår en straffebestemmelse som favner videre enn det selv mener er riktig. Dermed er meningen at det skal være tilstrekkelig med informasjon til legen slik at denne kan rådgi pasienten, bør dette sies i loven.»

Videre uttaler Riksadvokaten at han:

«(...) er usikker på om forutsetningen i unntaksbestemmelsen om at pasienten har en lege («pasientens lege») alltid slår til. Dersom pasienten ikke har oppsøkt lege, eller har avsluttet behandlingsforholdet, vil straffrihet etter bestemmelsen ikke være mulig. Muligens bør det være en forutsetning for straffrihet at behandleren har forvissnet seg om at en lege som pasienten utpeker er informert om behandlingen og gitt anledning til å rådgi pasienten.»

Når det gjelder de alternative vilkår i forslaget til § 76 fjerde ledd om at behandlingen i tillegg enten må velges av en myndig kompetent person eller helsevesenet må mangle behandlingstilbud, påpeker Riksadvokaten at også disse fremstår som problematiske. I den forbindelse uttales det:

«Behandlingen må enten velges av en myndig kompetent person eller helsevesenet må mangle behandlingstilbud. På den ene side er det så vidt en forstår intet vilkår at pasienten i tilfelle av manglende behandlingstilbud foretar et aktivt kompetent valg. På den annen side må bestemmelsen om kompetent valg også fange opp tilfeller der det ikke finnes behandlingstilbud. Henvisningen i fjerde ledd til utkast til lov om pasientrettigheter §§ 4–4 til 4–8 (...), som regulerer samtykke på vegne av pasienter som ikke har samtykkekompetanse, kompliserer situasjonen ytterligere. Det er uklart om henvisningen til disse bestemmelsene innebærer at det likevel ikke er et vilkår at pasienten «utvilsomt er kompetent til å fravelge behandlingstilbud fra helsevesenet», men at for eksempel pasientens nærmeste pårørende (§ 4–6 annet ledd) eller endog «den som yter helsehjelp» (§ 4–8) med straffriende virkning kan samtykke i den alternative medisinske behandling. En mulighet som kan overveies er å nøye seg med to kumulative vilkår:

- at den som foretar behandlingen har forvissnet seg om at en lege utpekt av pasienten er informert om behandlingen og er gitt anledning til å rådgi pasienten og
- behandlingen velges av en samtykkekompetent person eller noen som på pasientens vegne kan gi samtykke etter bestemmelsene i lov om pasientrettigheter §§ 4–4 til 4–7»

På bakgrunn av ovenstående merknader har Riksadvokaten deretter utformet et alternativt forslag til straffebestemmelse. Riksadvokaten foreslår at de forslåtte § 79 og § 80 slås sammen til en bestemmelse, og at det i tillegg foretas enkelte materielle endringer.

Riksadvokatens forslag til nytt første ledd i straffebestemmelsen, innebærer at de tre første ledd i utvalgets forslag til § 76, slås sammen til ett ledd.

Deretter har Riksadvokaten i samsvar med ovennevnte merknader som nytt annet ledd foreslått en omskrivning og klargjøring av utvalgets forslag til unntaksbestemmelse i § 76 fjerde ledd. Av bevismessige grunner foreslår Riksadvokaten her at det skal kreves skriftlig samtykke enten fra pasienten selv eller den som på pasientens vegne kan gi samtykke, og at den alternative behandler må ha «forvissnet seg om at en lege utpekt av pasienten er informert om behandlingen og har hatt anledning til å rådgi ham eller den som samtykker på hans vegne.» Den siste presiseringen vil legge bevisbyrden på behandleren for at det har vært nødvendig kontakt mellom pasient og lege.

Riksadvokatens forslag til nytt tredje ledd innebærer en henvisning til straffebestemmelsen i helsepersonelloven § 67. Det påpekes at henvisning strengt tatt er overflødig (idet straffebestemmelsen var tenkt inntatt i helsepersonelloven), men at det av pedagogiske grunner likevel antas heldig. Henvisningen innebærer at skyldkravet vil være forsett eller grov uaktsomhet. Riksadvokaten uttaler at det bør begrunnes nærmere dersom det for overtredelser begått av andre enn helsepersonell skal være tilstrekkelig med simpel uaktsomhet, mens det for helsepersonell kreves grov uaktsomhet.

Som nytt fjerde ledd har Riksadvokaten utarbeidet en generell straffskjerpelsesregel som erstatter utvalgets forslag til § 79 andre ledd og § 80 andre og tredje ledd. Riksadvokatens forslag til fjerde ledd innebærer at fengsel i inntil 2 år kan anvendes ved særdeles skjerpende omstendigheter. Riksadvokaten antar i den forbindelse at det ikke vil være grunn til å ha tre straffesatser og foreslår derfor å sløyfe utvalgets forslag til straffskjerpning til 6 måneder ved særlig skjerpende omstendigheter eller gjentakelse, jf. utvalgets forslag til § 79 andre ledd og § 80 andre ledd.

Når det gjelder utvalgets forslag i § 80 tredje ledd om at strafferammen kan heves til 2 år dersom handlingen har medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, jf. straffeloven § 9, har Riksadvokaten påpekt at forslaget etter hans oppfatning enten er for snevert eller overflødig. I forlengelsen av dette har Riksadvokaten uttalt:

«Fører alternativ medisinsk behandling til dødsfall eller betydelig skade på legeme eller helbred som rammes av utvalgets forslag vil dette trolig i praksis rammes også av straffeloven, for eksempel § 239 (uaktsomt drap) eller § 238 (uaktsom forvoldelse av betydelig skade på legeme eller helbred). Samtykke er ikke straffbefriende ved slike handlinger. Det kan derfor spørres om det har noen hensikt å ta inn en særskilt bestemmelse om forhold som også rammes av straffeloven. Velges en slik løsning, som det av pedagogiske og andre grunner kan være grunn til, bør straffskjerpelsesregelen etter riksadvokatens skjønn gis en vesentlig større slagvidde.

Også mindre alvorlige helseskader, for eksempel varige skader på kropp eller helse, bør bringe straffskjerpelsesregelen til anvendelse. Det kan også tenkes andre forhold enn fysisk skade som gjør forholdet alvorlig, for eksempel at pasienten har blitt utsatt for store smerter, redsel osv. Det bør vurderes om også andre momenter bør nevnes.

Formuleringen «dersom ikke strengere bestemmelser i straffeloven kommer til anvendelse» i utvalgets forslag er uten betydning og foreslås sløyfet. Konkurrencespørsmål bør løse på vanlig måte.»

Riksadvokaten har etter dette foreslått nytt fjerde ledd som lyder:

«Ved særdeles skjerpende omstendigheter kan fengsel i inntil 2 år anvendes. Ved vurderingen av om slike omstendigheter foreligger, skal det særlig legges vekt på om handlingen har medført døden eller alvorlig helseskade, om den har vært særlig smertefull eller psykisk belastende, om den har ført til at pasienten har unnlatt å søke kyndig hjelp og om den skyldige tidligere er straffet for overtredelse av denne bestemmelsen eller lov av 19. juni 1936 nr. 9 (kvaksalverloven).»

Avslutningsvis har Riksadvokaten uttalt at slik han har foreslått bestemmelsen utformet:

«(...) bør det neppe tas inn en bestemmelse om at overtredelse regnes som forseelse for at påtalekompetansen skal bli liggende hos politiet. De – formentlig relativt få – sakene som kan forventes vil antakelig ikke være helt enkle og det kan være hensiktsmessig at statsadvokaten vurderer påtalespørsmålet.»

12.16.4 Departementets vurdering og forslag

Pasienter vil på grunn av sin sykdom eller livssituasjon kunne være i en svært sårbar situasjon. Spesi-

elt vil dette gjelde personer med alvorlige sykdommer eller lidelser. Dette tilsier at de vil ha behov for ekstra beskyttelse. Både beskyttelse mot behandling eller inngrep som i seg selv kan medføre helserisiko, men også beskyttelse mot at ukyndige personer påtar seg å behandle alvorlige sykdommer eller lidelse. Dette vil for det første kunne være uheldig dersom den behandling som gis er uvirkelig eller dersom den til og med påvirker sykdommen på en negativ måte, og for det andre ved at slik behandling kan medføre at pasienten enten ikke oppsøker helsepersonell eller helsetjenesten eller ved at de avbryter helsehjelp de får fra helsepersonell/helsetjenesten.

Etter departementets oppfatning er det derfor viktig at det på dette området stilles krav til den som behandler syke mennesker, og at man forhindrer spekulativ utnyttelse av pasienters sykdom eller livssituasjon. Alvorlige sykdommer og lidelser kjennetegnes av at de kan medføre alvorlige konsekvenser for den enkelte pasient, både fysisk og psykisk, og en rekke av dem vil være dødelige. Mange alvorlige sykdommer eller lidelser lar seg imidlertid effektivt behandle, dersom pasienten gis adekvat helsehjelp. For å kunne gi slik helsehjelp, kreves det at behandleren har nødvendig fagkunnskap.

Under henvisning til ovennevnte er det etter departementets oppfatning derfor viktig at det kreves en særskilt aktsomhet av den som uten å være helsepersonell tilbyr eller utøver behandling av sykdommer og lidelser. I de øvrige punkter i dette kapittel er det derfor foreslått begrensninger i forhold til hvilke inngrep som kan utføres og hvilke sykdommer og lidelser den som ikke er helsepersonell skal kunne behandle. Etter departementets oppfatning er det imidlertid viktig at det i en lov om alternativ behandling også inntas en straffebestemmelse som vil kunne ramme overtredelse av lovens bestemmelser. Straffetrusselen må antas å bidra til at utøverne driver en virksomhet som er i samsvar med loven. Også det forhold at man på dette området ikke har noe særskilt offentlig klage- og tilsynsorgan som kan føre tilsyn med alle sider av virksomheten, taler for at eventuelle overtredelse av loven bør kunne rammes av straff.

Departementet foreslår etter dette en egen straffebestemmelse som vil kunne ramme overtredelse av de øvrige bestemmelser i den foreslåtte lov om alternativ behandling. Som Riksadvokaten har påpekt i sin høringsuttalelse vil det kunne oppstå uheldig overlapp dersom man velger å operere med to straffebestemmelser slik utvalget foreslo (utvalgets forslag til §§ 79 og 80). For å unngå dette har derfor departementet foreslått en felles straffe-

bestemmelse. Departementet har i tillegg foreslått enkelte materielle endringer i forhold til utvalgets forslag til straffebestemmelser. Bestemmelsen er inntatt som § 9 i lovforslaget, og lyder:

«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.

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 på grunn av behandlingen unnlater å søke kyndig hjelp, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Medvirkning straffes på samme måte.

Ved særdeles skjerpene omstendigheter kan fengsel i inntil 2 år anvendes. Ved vurderingen av om slike omstendigheter foreligger, skal det særlig legges vekt på om handlingen har medført døden eller alvorlig helseskade, om den har vært særlig smertefull eller psykisk belastende, og om den skyldige tidligere er straffet etter paragrafen her.

Det fritar ikke for straff etter første og andre ledd at vedkommende ikke forsto eller burde ha forstått faren eller sykdommens art.

Offentlig påtale finner sted hvis allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.»

Straffebestemmelsen representerer i stor grad en kodifisering av gjeldende rett. Det er imidlertid i lovforslagets øvrige bestemmelser foreslått endringer i forhold til gjeldende rett, og dermed også endringer i forhold til hva som kan rammes av straffebestemmelsen.

Bestemmelsens første ledd rammer overtredelse av lovens øvrige bestemmelser, samt overtredelse av bestemmelser gitt i medhold av loven. Strafferammen etter første ledd tilsvarer det som følger av helsepersonelloven § 67 første ledd. På samme måte som etter helsepersonelloven § 67 første ledd omfattes så vel grovt uaktsomme som forsettlige overtredelser, mens simpel uaktsomhet ikke rammes.

Den som medvirker til overtredelse straffes på samme måte som den som overtrer bestemmelser i loven eller i medhold av den.

Bestemmelsens andre ledd er ment å ramme de tilfellene hvor den alternative behandler ikke har overtrådt lovens bestemmelser, men allikevel ved sin handling har utsatt pasientens liv eller helbred for alvorlig fare. Eksempler på dette kan være dersom behandleren har foretatt et inngrep eller gitt en behandling som etter en generell vurdering normalt ikke innebærer alvorlig helserisiko, og derfor

ikke omfattes av lovforslagets § 5, men hvor konkrete forhold ved utførelsen av behandlingen eller ved pasienten selv, gjør at inngrepet får – eller kunne fått – alvorlige konsekvenser. Dette vil kunne være tilfelle dersom det ved akupunkturbehandling stikkes for dypt eller dersom nålene settes på feil sted slik at vitale organer blir påført alvorlig skade. Et annet eksempel er i forhold til blodprøvetaking. Selv om visse former for blodprøvetaking kan være tillatt etter § 5, vil utførelsen av slik prøvetaking etter en konkret vurdering kunne være straffbart. Som eksempel kan nevnes der hvor pasienten er bløder men hvor det likevel tas blodprøve eller der hvor alminnelige krav til hygiene ikke overholdes slik at pasienten ved prøvetakingen påføres alvorlige infeksjoner eller smittsomme sykdommer.

Straffebestemmelsen kan også komme til anvendelse i de tilfeller hvor den alternative utøver i samsvar med lovforslagets § 7 andre ledd, kun behandler symptomer på sykdom eller bivirkninger av den skolemedisinsk behandling som ellers gis, men hvor slik behandling har negativ innvirkning på selve grunnsykdommen eller hvor slik alternativ behandling hindrer eller reduserer effekten av den skolemedisinske behandling. For at inngrepet eller behandlingen skal kunne straffes må handlingen kunne føre til alvorlig fare for noens liv eller helbred.

Skyldkravet etter bestemmelsen er annerledes enn etter første ledd, idet også simpel uaktsomhet vil være tilstrekkelig. Som påpekt av Riksadvokaten bør det begrunnes særskilt dersom det for overtredelser begått av andre enn helsepersonell skal være tilstrekkelig med simpel uaktsomhet.

Departementet viser i den forbindelse til at bestemmelsen skal ramme handlinger som kan utsette pasientens liv eller helbred for alvorlig fare. Som tidligere nevnt er det til dels svært stor forskjell mellom de ulike grupper av alternative behandlere, både hva angår faglig bakgrunn og når det gjelder innhold og omfang av de ulike behandleres utdanning. Som nevnt har man på dette området heller ikke noe særskilt klage- og tilsynsorgan som kan føre tilsyn med alle sider av den virksomhet de ulike alternative behandlere utøver. Etter departementets oppfatning er det derfor nødvendig gjennom straffebestemmelsen å signalisere at det overfor den som påtar seg å behandle syke mennesker uten å være helsepersonell, forventes en særskilt aktsomhet i forhold til å utføre inngrep eller gi behandling som utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare.

Om det er behandlingen i seg selv som utsetter pasientens liv eller helbred for alvorlig fare, eller om pasienten utsettes for alvorlig fare som følge av

at han på grunn av den alternative behandling unnlater å søke kyndig hjelp, er likestilt. Regelen om at pasienten «unnlater å søke kyndig hjelp» vil omfatte både de tilfellene hvor den alternative behandler fraråder pasienten å kontakte helsetjenesten med tanke på behandling, og der hvor pasienten etter råd eller anbefaling fra den alternative behandler avslutter pågående behandling som gis innenfor helsetjenesten. I de tilfellene hvor pasienten etter råd fra den alternative behandler «unnlater å søke kyndig hjelp», vil det være uten betydning for straffbarheten om pasienten som erstatning tilbys eller gis annen behandling fra den alternative utøver. Også det å kun gi råd om å avslutte skolemedisinsk behandling vil kunne rammes av bestemmelsen selv om behandleren ikke tilbyr eller gir annen type behandling.

Bestemmelsens tredje ledd regulerer forhold som kan virke straffeskjerpende. I likhet med Riksadvokaten mener departementet at det neppe vil være behov for å operere med tre straffesatser slik utvalget foreslo. Departementet har derfor foreslått at strafferammen etter både første og andre ledd settes til bøter eller fengsel i inntil tre måneder, men at fengsel i inntil 2 år kan anvendes dersom det foreligger særdeles skjerpende omstendigheter etter tredje ledd.

Hvorvidt det skal sies å foreligge særdeles skjerpende omstendigheter vil måtte avgjøres etter en konkret helhetsvurdering. Av bestemmelsen fremgår at det her skal være adgang til å legge vekt på om handlingen medførte døden eller alvorlig helseskade. Hvorvidt det skal sies å foreligge alvorlig helseskade må vurderes med utgangspunkt i straffeloven § 9.

Også mindre alvorlige helseskader kan medføre straffskjerpelse, idet det av tredje ledd også fremgår at det kan legges vekt på om handlingen har vært særlig smertefull eller har medført psykisk belastning. I så måte vil også mindre alvorlige helseskader kunne omfattes, for eksempel dersom handlingen har påført pasienten langvarige og/eller omfattende smerter. Når det gjelder «psykisk belastning» siktes det særlig til redsel eller engstelse som følge av handlingen i seg selv, men også redsel eller engstelse for mulige konsekvenser av handlingen. Sistnevnte vil typisk være tilfelle der hvor det over lengre tid er usikkert om handlingen har medført alvorlig helseskade og hvor pasienten kanskje må gjennomgå omfattende undersøkelse og/eller behandling før han får avklart om handlingen vil få konsekvenser for hans helsetilstand.

Det at pasienten har unnlatt å søke kyndig legehjelp fremheves som et særlig forhold som kan virke straffeskjerpende. Dette gjelder også selv om pa-

sienten ikke ble påført skade eller smerte som følge av at han unnlot å søke kyndig hjelp. Departementet viser her til at dersom det er snakk om alvorlige sykdommer eller lidelser, vil det ofte bero på tilfældigheter om en ubehandlet sykdom påfører pasienten slik skade eller smerte. At dette i seg selv kan være et selvstendig straffeskjerpende moment, antas å medføre en økt aktsomhet hos den som tilbyr eller gir behandling til mennesker med sykdom.

Også gjentatte overtredelser av straffebestemmelsen vil kunne være straffeskjerpende. Tidligere straff for overtredelse av kvaksalverloven kan også tillegges vekt som straffeskjerpende moment.

Som nevnt har Oslo statsadvokatembeter i sin høringsuttalelse til utvalgets forslag til § 79, foreslått at det i bestemmelsen inntas en presisering av at overtredelse av bestemmelsen skal være å anse som forseelse, slik at politiet får påtalekompetanse etter bestemmelsen. Om dette uttalte Riksadvokaten at det neppe burde inntas en bestemmelse om at overtredelse skal regnes som forseelse for at påtalekompetansen skal bli liggende hos politiet. Departementet slutter seg til Riksadvokatens vurdering og foreslår derfor ikke inntatt en presisering av at overtredelse skal være å anse som forseelse, og straffeskjerpelsesregelen i tredje ledd er nå utformet i samsvar med Riksadvokatens forslag til bestemmelse. I likhet med Riksadvokaten antar departementet at straffeskjerpelsesbestemmelsen trolig vil være aktuell i relativt få saker, men at disse til gjengjeld vil kunne være kompliserte. Dette taler for at statsadvokaten bør vurdere påtalespørsmålet i disse sakene. Når det gjelder påtalekompetanse etter bestemmelsens første og andre ledd vil dette tilligge politiet.

Bestemmelsens fjerde ledd oppstiller en særlig aktsomhetsnorm. For overtredelse av bestemmelsens første eller andre ledd vil det ikke være straffefritakende at behandleren ikke forsto eller burde ha forstått faren ved behandlingen eller inngrepet, eller sykdommens art. Med begrepet «sykdommens art» siktes det for det første til tilfeller hvor behandleren ikke forsto eller burde ha forstått at pasienten led av en sykdom eller lidelse omfattet av forbudene i lovforslagets §§ 6 og 7. For det andre siktes det til tilfeller hvor sykdommen i seg selv ikke var av en slik art at den var forbeholdt helsepersonell å behandle, jf. § 5, men hvor konkrete forhold ved pasienten eller ved den måte behandlingen ble gitt på, burde medført at behandleren forsto at han eller hun utsatte noens liv eller helbred for alvorlig fare. Det bør ikke straffritt kunne gis behandling eller foretas inngrep under henvisning til at man for eksempel mangler faglig kompetanse til å forstå faren eller sykdommens art.

Når det gjelder Riksadvokatens påpeking av uklårheter i tilknytning til den unntaksbestemmelse som utvalget foreslo som § 76 fjerde ledd, viser departementet til pkt. 12.14.4 hvor dette er hensyntatt.

Påtalebestemmelsen i femte ledd 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 offentlige faginstans som mest hensiktsmessig kan vurdere saker som kan falle inn under § 9, og straffverdigheten i den enkelte sak. Statens helsetilsyn vil gjennom sin tilsynsvirksomhet overfor helsetjenesten og helsepersonell, ikke sjelden ha befatning med slike saker før forholdet blir anmeldt.

Pasienten er ikke gitt rett til å påtale forholdet. Hvis saksforholdet er straffverdig, bør påtalemyndigheten reise tiltale av allmenne hensyn.

Påtalebestemmelsen tilsvarende helsepersonelloven § 67 andre ledd om påtale i straffesaker mot helsepersonell.

12.17 Vurdering av behov for ytterligere lovregulering

Som nevnt vil helsepersonelloven og pasientrettighetsloven som hovedregel gjelde også for helsepersonell som utøver alternativ behandling, se nærmere om dette i pkt. 12.8.3 til 12.8.5. I de videre underpunkter skal diskuteres om enkelte krav som for helsepersonell følger av disse lovene, også bør gjelde for alternative behandlere.

12.17.1 Forsvarlighetskrav

I NOU 1998:21 Alternativ medisin er det ikke foreslått inntatt en egen bestemmelse som pålegger alternative behandlere et krav om forsvarlig yrkesutøvelse. Spørsmålet om å innføre en slik bestemmelse er heller ikke drøftet særskilt i utredningen.

Etter departementets oppfatning kan det være grunn til å tydeliggjøre at alternative behandlere har en plikt til å utøve sin virksomhet forsvarlig. Dette vil ansvarliggjøre utøverne, og det vil tydelig-

gjøre at det også på dette området stilles visse faglighets-/kvalitetskrav til utøverne. Det vises i så måte til helsepersonelloven § 4 hvor krav til forsvarlig yrkesutøvelse er lovfestet for helsepersonells vedkommende.

Etter departementets vurdering vil problemstillingen her særlig være om en slik forsvarlighetsbestemmelse for alternative behandlere skal lovfestes, eller om den i stedet kan ivaretas i forbindelse med en registerordning for alternative behandlere, jf. nærmere om denne i kapittel 14. Slikt forsvarlighetskrav kan inntas i registerordningen ved at det oppstilles et vilkår om at organisasjonene som departementet skal godkjenne i registerordningen, stiller krav til sine medlemmer om at de forplikter seg til å utøve forsvarlig virksomhet i henhold til de kvalifikasjoner de besitter og til hva som kan forventes innenfor aktuelle behandlingsform.

De argumenter som taler for lovfesting av et slikt forsvarlighetskrav, er etter departementets oppfatning for det første at lovfesting av kravet vil ha stor signaleffekt. Det må antas å virke mer forpliktende dersom slik bestemmelse inntas i lov fremfor i en forskrift om registerordningen, og dermed overlates til organisasjonene selv å håndheve. For det andre viser departementet til at forbrukervernhensyn kan tale for at et krav om forsvarlig virksomhet tydeliggjøres i lov. Videre vil et forsvarlighetskrav som innføres gjennom registerordningen ikke gjelde alle alternative behandlere, bare de som er registrert.

Etter departementets oppfatning er de argumenter som taler mot lovfesting av et slikt krav, særlig at det i dag ikke foreligger noe egnet offentlig tilsynsorgan som har faginsikt til å håndheve og eventuelt sanksjonere ved brudd på forsvarlighetsplikten. At det finnes et eget tilsynsorgan bør være en forutsetning dersom man skal lovfeste et slikt krav. I forlengelsen av dette viser departementet til at helsemyndighetene i dag bare i begrenset utstrekning har fagkompetanse til å vurdere hva som er faglig forsvarlig innenfor de ulike behandlingsformer, og at det derfor vil være mer naturlig at organisasjonene selv vurderer dette. Dette taler også for å ivareta dette gjennom registerordningen.

Under henvisning til ovennevnte viser departementet også til at tiden neppe er moden for slik lovfesting, men at dette vil være noe man kan vurdere på sikt. Det vil kreve et betydelig utredningsarbeid å fastslå hva det offentlige skal legge til grunn som faglig forsvarlig virksomhet innenfor de ulike behandlingsformer. Blant annet må myndighetene få oversikt over innholdet i de forskjellige utdanningene og behandlingsformene for å kunne vurdere hvorvidt yrkesutøvelsen er forsvarlig. Ved at for-

svarlighetskravet pålegges indirekte gjennom registerordningen, vil det bli forventet at organisasjonene prioriterer utvikling av faglige standarder. Slike «bransje-standarder» vil på sikt være nødvendige dersom det senere skal vurderes lovfesting.

Departementet legger etter dette til grunn at det kan være hensiktsmessig at utøverne pålegges krav til å utøve forsvarlig virksomhet. Under henvisning til at helsemyndighetene pr. i dag ikke har tilstrekkelig kompetanse på feltet og at det ikke foreligger noe eget offentlig apparat som kan utvikle bestemmelsens nærmere innhold, samt kontrollere overholdelsen, bør et slikt krav pålegges indirekte gjennom registerordningen fremfor ved lovfesting. På det nåværende tidspunkt og innenfor de gjeldende rammer, antas dette å være det mest egnete virkemiddel for å bidra til arbeidet med utvikling av forsvarlighetsstandarder på området.

Departementet foreslår derfor at forsvarlighetskrav inntas i registerordningen ved at det oppstilles et vilkår om at organisasjonene som departementet skal godkjenne i registerordningen, stiller krav til sine medlemmer om at de forplikter seg til å utøve forsvarlig virksomhet i henhold til de kvalifikasjoner de besitter og til hva som kan forventes innenfor aktuelle behandlingsform.

12.17.2 Informasjonsplikt

I NOU 1998:21 Alternativ medisin er det ikke foreslått en egen bestemmelse som pålegger alternative behandlere nærmere plikter i forhold til den informasjon de skal gi pasienten.

Etter departementets oppfatning kan det anføres flere argumenter for å lovfeste bestemmelser om alternative behandleres plikt til å gi tilstrekkelig informasjon, særlig som ledd i krav om redelighet ved virksomheten. Departementet viser særlig til at krav om nøktern og tilstrekkelig informasjon, anses som en sentral pasient-/forbrukerrettighet. At det gis tilstrekkelig informasjon vil være grunnleggende for at pasienten skal kunne foreta veloverveide valg. Informasjon vil være viktig både i forhold til hva slags behandling som tilbys, i hvilken grad den kan anses for effektiv, eventuelle bivirkninger, hvor lenge pasienten antas å måtte fortsette med behandlingen før den virker, kostnader forbundet med behandlingen, eventuelle religiøse elementer i behandlingen osv. Videre viser departementet til at slike bestemmelser er inntatt i lovverket som gjelder for den ordinære helsetjenesten, jf. særlig pasientrettighetsloven og helsepersonelloven.

Departementet viser imidlertid også til at det kan anføres en rekke argumenter mot en slik lovfesting. For det første var dette ikke foreslått i

NOUen, og det har følgelig ikke vært på høring. Dernest viser departementet til at det i dag ikke finnes noe offentlig tilsyns-/kontrollorgan som kan påse at bestemmelsen etterleves.

En eventuell lovfesting av en slik plikt vil i seg selv, og sett i sammenheng med andre lignende pasientrettigheter, bidra til at brukerne kan oppfatte det som om det offentlige ved dette går god for den virksomhet behandlerne utøver. Som tidligere nevnt er det grunn til å understreke den forskjell det på svært mange områder er mellom autorisert helsepersonell og alternative behandlere. Særlig med hensyn til faglig bakgrunn, og ikke minst den forskjell det i så måte er innbyrdes mellom de forskjellige grupper av alternative behandlere. Blant annet av denne grunn vil det kunne bli nødvendig med en rekke vanskelige avveininger og presiseringer ved regelutformingen, for eksempel dersom det skal gjelde forskjellige informasjonskrav for forskjellige behandlingsgrupper.

Departementet viser endelig til at plikten til informasjon indirekte kan søkes ivaretatt gjennom registerordningen, for eksempel ved at godkjente organisasjoner skal ha vedtekter som pålegger medlemmene plikt til å gi nødvendig informasjon til sine pasienter. Det antas også at det å gi nødvendig informasjon allerede er en naturlig del av pasientbehandlingen for en stor andel alternative behandlere, og at dette til en viss grad derfor kan sies å være tilstrekkelig ivaretatt uten lovregulering.

Departementet legger til grunn at selv om informasjonsplikt anses for en sentral pasientrettighet, vil en lovfesting av en slik plikt nå blant annet være problematisk idet bestemmelsen ikke har vært på høring. Mangelen på et effektivt klage-/tilsynsorgan, og den fare det er for at jo flere plikter utøverne pålegges ved lov, jo større er muligheten for at brukerne vil kunne oppfatte det som om myndighetene har godkjent de alternative behandlerne på lik linje med autorisert helsepersonell, vil også tale for å ikke lov feste en slik plikt. Ved i stedet å fastsette slik informasjonsplikt i registerordningen, vil man likevel langt på vei kunne oppnå en plikt for utøverne til å sørge for tilstrekkelig informasjon til pasientene.

Departementet anbefaler derfor at det ikke lov festes en informasjonsplikt for alternative behandlere, men at slik informasjonsplikt inntas i registerordningen, smnl. pkt. 12.17.1.

12.17.3 Informert samtykke

Innenfor helsetjenesten menes med informert samtykke at pasienten skal ha blitt gitt den informasjon som er nødvendig for at han/hun skal kunne gi et

reelt samtykke til den aktuelle helsehjelpen. Hva det skal informeres om, og hvor grundig det skal informeres vil måtte vurderes konkret. Som hovedregel vil det være nødvendig å gi informasjon om pasientens helsetilstand, om innholdet i helsehjelpen og eventuell betydning av at helsehjelpen ikke gis. I mange tilfeller vil det også være nødvendig at det gis informasjon om virkninger og bivirkninger av helsehjelpen.

I NOU 1998:21 Alternativ medisin er det ikke foreslått en egen bestemmelse som pålegger alternative behandlere nærmere plikter i forhold til informert samtykke.

De samme argumenter som for spørsmålet om lovfesting av forsvarlighetskrav og informasjonsplikt, vil kunne anføres som støtte for lovfesting av et krav om informert samtykke når det gjelder behandling hos alternative utøvere.

Under henvisning til ovenstående drøftelse og vurdering i forhold til spørsmålet om lovfesting av informasjonsplikt, vil departementet imidlertid ikke anbefale at det lov festes en plikt for alternative behandlere til å innhente pasientens informerte samtykke til behandlingen.

Departementet vil også vise til at regelverksutformingen vil være ytterligere mer komplisert når det gjelder samtykkebestemmelser, enn i forhold til en eventuell bestemmelse om informasjonsplikt. Det vil her måtte foretas en rekke vurderinger og presiseringer når det gjelder for eksempel krav til samtykke (muntlig/skriftlig), dokumentasjon av samtykke, hvem som skal ha samtykkekompetanse i gitte situasjoner (samtykke på vegne av barn, umyndiggjorte), samt hvilken informasjon som skal gis før det kan sies å foreligge et tilstrekkelig informert samtykke. Det forhold at spørsmålet som nevnt ikke har vært på høring, må av den grunn tillegges særlig vekt.

12.17.4 Dokumentasjonsplikt

Som nevnt har store deler av den virksomhet som alternative behandlere utøver, samme formål som den ordinære helsetjeneste, nemlig å yte helsehjelp. I likhet med hva som gjelder når helsepersonell yter helsehjelp, kan det derfor vurderes om ikke også alternative behandlere bør være pålagt en dokumentasjonsplikt (plikt til journalføring mv.).

Etter departementets oppfatning er de argumentene som taler for slik lovfesting, særlig at det også på dette området vil være behov for å kunne dokumentere hvilke vurderinger som er gjort og hvilken behandling som er gitt. Slik dokumentasjon av behandling vil særlig være et viktig redskap i den videre behandling av pasienten, men også i for-

hold til en eventuell senere erstatningsrettslig eller strafferettslig forfølgning, eller i klage- og tilsynssammenheng.

De argumenter som taler mot å lovfeste dokumentasjonsplikt for alternative behandlere, er etter departementets oppfatning særlig at det i dag ikke finnes noe offentlig tilsynsorgan overfor alternative behandlere. Det vil dermed være vanskelig å føre noen reell kontroll med at den enkelte overholder dokumentasjonsplikten, samt vanskelig å gjennomføre effektive sanksjoner overfor behandlere som ikke overholder dokumentasjonsplikten. Videre viser departementet til at mange utøvere allerede i dag fører en form for journal, men at dokumentasjonsgraden er varierende. Enkelte behandlere fører fullstendig behandlingsjournal som tilsvarer den som føres innenfor helsetjenesten, mens det for andre behandlere i høyden vil være snakk om kunderegister og lignende. Ettersom det i en viss grad allerede føres journal, kan behovet for lovfesting av en slik plikt derfor synes mindre nødvendig. I den forbindelse viser departementet også til at man vil kunne få en mer indirekte kontroll med dokumentasjonsplikten via den foreslåtte registerordningen, og den klageordning som det der legges opp til. I konkrete klagesaker vil det kunne være relevant å vurdere hvorvidt den enkelte behandler har ført slik journal som det etter en fagetisk-vurdering finnes behov for.

En eventuell lovfesting av dokumentasjonsplikt, vil videre utløse behov for en lang rekke vanskelige avveininger. Som stikkord kan det vises til problemstillinger knyttet til innsyn i journal, retting/sletting i journal, oppbevaring og utlevering av journal, fastsettelse av hva som er god journalføringspraksis. Alt dette er problemstillinger som vil forutsette nærmere utredning, ikke minst fordi det her er snakk om et område hvor det er til dels stor variasjon mellom de ulike behandleres kompetanse. I den forbindelse kan det også være grunn til å stille spørsmålsteget ved dokumentasjonens kvalitet, og det kan her vises til at man også innenfor den ordinære helsetjeneste har problemer med å få gjennomført god nok dokumentasjonspraksis. Departementet viser også til at det i NOU 1998:21 Alternativ medisin ikke var foreslått lovfesting av dokumentasjonsplikt for alternative behandlere, og at dette spørsmålet dermed heller ikke har vært på høring.

Selv om det etter departementets vurdering vil være et behov for at mange behandlere fører journal, mener departementet at innvendingene mot lovfesting av en slik plikt må veie tyngre. Det vises særlig til at enkelte utøvere allerede fører journal. Videre har departementet lagt vekt på at en

lovfesting vil reise en rekke vanskelige rettslige problemstillinger, og at det vil medføre behov for nærmere utredning. Videre finnes det intet egnet offentlig organ som kan føre effektiv kontroll/tilsyn med en slik dokumentasjonsplikt. Etter departementets vurdering tilsier også den store variasjon det er mellom de ulike behandlerne, at tiden ikke er moden for å innføre en slik generell dokumentasjonsplikt. Departementet legger også vesentlig vekt på at et slikt forslag ikke har vært på høring.

Departementet anbefaler derfor at det ikke lovfestes en dokumentasjonsplikt for alternative behandlere.

12.17.5 Opplysnings- og meldeplikter

Departementet viser innledningsvis til at autorisert helsepersonell etter helsepersonelloven er pålagt en rekke opplysnings- og meldeplikter, for eksempel meldeplikt til barnevern og sosialtjenesten.

I NOU 1998:21 Alternativ medisin er det ikke foreslått bestemmelser som pålegger alternative behandlere nærmere bestemte opplysnings- eller meldeplikter, og et slikt forslag har følgelig heller ikke vært på høring.

Som nevnt har imidlertid Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon i sin høringsuttalelse uttalt at de mener det ville ha vært mer hensiktsmessig å pålegge naturterapeuter meldeplikt for smittsomme sykdommer, fremfor å forby behandling av dem.

Departementet viser her til den drøftelse som er gjort ovenfor, særlig i forhold til spørsmålet om lovfesting av dokumentasjonsplikt, og den vurdering som der er gjort. Departementet vil i all hovedsak anføre også dette når det gjelder eventuell meldeplikt for alternativ behandling. I tillegg vises særlig til alvorligheten i enkelte meldeplikter, typisk meldeplikt til barnevernet. Sett i forhold til den store variasjon det er blant alternative behandlere når det gjelder utdanning og «faglighet», tilsier dette at en slik meldeplikt uansett ikke bør innføres for hele feltet. Departementet legger også vesentlig vekt på at et slikt forslag ikke har vært på høring.

Departementet anbefaler derfor at alternative behandlere ikke pålegges nærmere bestemte meldeplikter i loven.

12.17.6 Nærmere om tilsyn med alternativ behandling – spørsmål om et særskilt klage- og/eller tilsynsorgan

I det videre redegjøres det for i hvilken grad det i dag føres tilsyn med alternativ behandling, både når slik behandling gis av helsepersonell og av alternative behandlere utenfor helsetjenesten. Der-

nest vurderes det hvorvidt det er behov for et særskilt klage- og/eller tilsynsorgan når det gjelder alternativ behandling.

12.17.6.1 Tilsyn med alternativ behandling

Innledningsvis vil det bli gitt en kort oppsummering av hvilke grenser som etter gjeldende rett gjelder for alternativ behandling. For en mer detaljert redegjørelse for forskjellige rettslige problemstillinger, vises det til de foregående underpunkter i her-værende kapittel, samt også den samlede redegjørelsen for gjeldende rett i kapittel 7.

Videre vil det bli redegjort for i hvilken grad det i dag føres tilsyn med helsepersonells utøvelse av alternativ behandling, og tilsyn med utøvere av alternativ behandling som ikke er helsepersonell.

Nærmere om alternativ behandling og grenser for slik virksomheten etter gjeldende rett

Som redegjort for under kapittel 4 og 5 er feltet alternativ behandling preget av stort mangfold og stor variasjon mellom de ulike behandlingsformer og utøvergrupper.

For det første er det stor variasjon når det gjelder hva slags behandling de ulike alternative utøverne tilbyr. På den ene siden har man utøvere som driver en virksomhet som har en rekke likhetstrekk med den virksomhet man ellers finner innenfor den tradisjonelle helsetjenesten. Innenfor denne gruppen vil man finne utøvere som undersøker og diagnostiserer de fleste sykdommer og lidelser, og som deretter igangsetter behandling. Som nærmere redegjort for i kapittel 4 er det også stor forskjell når det gjelder hvilke sykdommer eller lidelser alternative utøvere behandler. Mange utøvere driver i hovedsak med behandling av det som kan kalles den *personlig*-subjektive del av sykdom (*illness* eller den personlige opplevelsen av å være syk) og bare i mindre grad behandling av selve grunnsykdommen (*disease*), jf. pkt. 10.2.2. På den andre siden har man alternative behandlere som driver virksomhet som i all hovedsak er rettet mot økt fysisk og psykisk velvære, skjønnhetspleie eller livssynsrådgivning, og som i stor grad adskiller seg fra det man innenfor helsetjenesten forbinder med helsehjelp.

For det andre er det blant de alternative utøverne stor variasjon når det gjelder hvilket samarbeid eller samhandling de har med den ordinære helsetjenesten. En stor del av utøverne arbeider utelukkende selvstendig, mens andre utøvere samarbeider med helsetjenesten, enten på mer permanent eller formalisert basis, eller i forbindelse med undersøkelse og behandling av konkrete pasienter. En del av de alternative behandlerne er også auto-

risert helsepersonell etter helsepersonelloven. Blant disse vil det variere i hvilken grad de benytter alternativ behandling, skolemedisinsk behandling eller en blanding av disse.

Årsaken til disse forskjellene er flere. For det første skyldes det forskjeller i behandlingsfilosofi og sykdomsforståelse. Mange ser det som sentralt å gi behandling i form av forebygging, opprettelse av kroppens normalfunksjoner eller styrking av kroppens selvhelbredelsesevne, og vil bare i mindre grad gi en behandling som er rettet mot den patologiske prosess i sykdommen. Det må imidlertid også legges til grunn at noe av det skillet som i dag eksisterer mellom skolemedisin og alternativ behandling, er en følge av gjeldende rett på området. Som redegjort for i kapittel 7 vil regler fordelt på et stort antall lover, sette begrensninger for hva slags behandling alternative utøvere kan utføre, hvilke sykdommer de kan undersøke og behandle, hvordan de kan markedsføre sin virksomhet osv.

Den lov som i størst grad setter slike begrensninger er lov av 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur (kvaksalverloven). Loven inneholder en rekke bestemmelser av betydning for hvilken virksomhet alternative behandlere kan utføre, samt også bestemmelser om markedsføring av virksomheten. Loven har primært alternative behandlere og andre som pliktsubjekter, og er først og fremst en spesiell straffelov.

Med hensyn til hvilke begrensninger som følger av kvaksalverloven når det gjelder adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur, viser departementet til pkt. 7.2 hvor det er gitt en generell redegjørelse for loven. Videre vises det til at det i pkt. 12.5 til 12.16 er redegjort for mer konkrete problemstillinger knyttet til kvaksalverloven.

Tilsyn og kontroll med helsepersonell som utøver alternativ behandling, herunder alternative behandlere som arbeider innenfor helsetjenesten og yter helsehjelp

Statens helsetilsyn og fylkeslegene fører tilsyn med helsepersonell. Dette gjelder også når helsepersonell yter alternativ behandling, dvs. både autorisert helsepersonell som yter alternativ behandling, og alternative utøvere som arbeider innenfor helsetjenesten og yter helsehjelp, og som dermed er å anse for helsepersonell etter helsepersonelloven § 3.

Departementet vil i det videre redegjøre for hvilke bestemmelser tilsynsmyndighetene har til rådighet når det gjelder å føre tilsyn med helsepersonell som utøver alternativ behandling, herunder

alternative behandlere som arbeider innenfor helsetjenesten og yter helsehjelp. I forlengelsen av dette vil departementet vurdere hvorvidt det ut fra et tilsyns- og forbrukerperspektiv vil være hensiktsmessig at helsepersonell som også tilbyr eller utøver alternativ behandling, skal skille denne virksomheten fra sin virksomhet som helsepersonell.

Av lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten, fremgår at Statens helsetilsyn og fylkeslegene skal føre faglig tilsyn med landets helsetjeneste og helsepersonell, jf. loven §§ 1 og 2. Av lovens § 3 følger at:

«Enhver som yter helsetjeneste skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.»

I Ot.prp. nr. 105 (2001–2002) er bestemmelsen siste del vedtatt endret (ikke trådt i kraft) ved å fjerne kravet om «allment aksepterte faglige normer» slik at denne delen av bestemmelsen vil lyde:

«(...) planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.»

Ved utøvelse av tilsynsmyndighet vil Statens helsetilsyn/fylkeslegene føre tilsyn med at helsetjenesten drives i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrifter, herunder i tråd med det generelle forsvarlighetsprinsipp som gjelder for helsetjenesten. I tillegg vil tilsynsmyndighetene føre tilsyn med det enkelte helsepersonell, enten ved generell utøvelse av tilsyn eller ved det som omtales som hendelsesbasert individtilsyn. Dette omfatter blant annet enkeltklager på helsepersonell.

Dette innebærer at alternative behandlere som hovedregel faller utenfor tilsynsmyndighetenes ansvarsområde. Unntak fra dette vil imidlertid gjelde dersom en alternativ behandler arbeider innenfor helsetjenesten og yter helsehjelp jf. helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 2. Den alternative behandleren vil da være helsepersonell i følge helsepersonelloven, og kan blant annet bli gjenstand for individtilsyn fra tilsynsmyndighetene. I en eventuell tilsynssak må tilsynsmyndighetene for eksempel vurdere hvorvidt den alternative behandlingen eller metodene har vært forsvarlige i henhold til helsepersonelloven § 4 første og andre ledd om plikt til å drive forsvarlig og til å innrette seg etter egne faglige kvalifikasjoner. Andre sentrale tilsynsbestemmelser i forhold til helsepersonell som utøver alternativ behandling, vil være helsepersonelloven § 6 om plikt til å ikke påføre pasienter (og andre) unø-

dig tidstap eller utgift, § 10 om helsepersonellets plikt å gi tilstrekkelig informasjon og lovens § 13 om at markedsføring av helsetjenester skal være forsvarlig, nøktern og saklig.

Tilsynsmyndighetene behandler ikke sjelden tilsynssaker mot autorisert helsepersonell som også tilbyr eller utøver alternativ behandling. Det sentrale vurderingstema i tilsynssaker mot helsepersonell som utøver alternative behandlingsformer, vil ofte være om vedkommende kan sies å ha utøvet forsvarlig virksomhet når han har benyttet alternativ behandling som en selvstendig del av behandlingen eller som et supplement til skolemedisinsk behandling, jf. helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet.

Etter § 4 første ledd pålegges alt helsepersonell å:

«(...) 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.»

Av bestemmelsens andre ledd følger videre at:

«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.»

I forarbeidene til bestemmelsen er det uttalt at forsvarlighetsbegrepet er en rettslig standard, jf. Ot.prp. nr. 13 (1998–99) Om lov om helsepersonell m v, side 216. Videre uttales at:

«Det er inntatt en differensiering utfra helsepersonellets kvalifikasjoner, dvs helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning og erfaring. I forhold til de enkelte helsepersonellgrupper vil de ulike yrkesorganisasjoners normer kunne være veiledende for de respektive yrkesgrupper. Videre må forventningene knyttes til hvilke krav som kan stilles til autoriserte gruppers utdanning og tittel. Autorisasjonen skal bidra til forutsigbarhet for pasienter med hensyn til innholdet i yrkesutøvelsen.

Hva som kan forventes utfra kvalifikasjoner, vil her som ellers i aktsomhetsnormen variere ut fra hvordan situasjonen fortonte seg. Det innebærer en modifikasjon utfra de forutsetninger og handlingsalternativer helsepersonellet har i situasjonen. Hvordan helsepersonellet burde ha opptrådt i den konkrete situasjonen på bakgrunn av egne kvalifikasjoner står sentralt, ikke hvordan helsepersonellet burde opptrådt i en ideell situasjon.»

Videre uttales det at

«(P)likten til forsvarlighet knytter seg altså til kvalifikasjoner, herunder å holde seg faglig oppdatert, krav om å kjenne og å innrette yrkesutøvelsen etter faglige begrensninger, krav til utstyr, legemidler, personell m v og krav om å innhente nødvendig tilgjengelig informasjon om pasienten, samt samtykke til helsehjelpen.»

Det følger av dette at alternative behandlere som i dag arbeider innenfor helsetjenesten og der yter helsehjelp, vil være underlagt lovens forsvarlighetsplikt. Hvorvidt deres virksomhet etter dette skal være å anse for forsvarlig, vil måtte vurderes etter en konkret helhetsvurdering.

Vurderingstema for Statens helsetilsyn i slike saker vil ofte ikke være om den enkelte alternative behandlingsformen i seg selv er forsvarlig (idet dette ofte vil være en vurdering som er nært knyttet opp mot dokumentert effekt eller om behandlingsformen er basert på systematisk erfaring), men om det etter en helhetsvurdering foreligger forhold ved behandlingsformen og utøvelsen av denne som tilsier at den må anses som skadelig/farlig eller hvor det foreligger en konkret risiko for slik skade, og om behandlingen kommer til foretrengsel for annen dokumentert virksom behandling. Dersom dette er tilfelle vil behandlingsformen kunne være uforsvarlig å benytte, både generelt og i forhold til enkeltpasienter. Det helsepersonell som velger bort akseptert skolemedisinsk behandling hvor man vet det foreligger behandlingseffekt, til fordel for udokumentert alternativ behandling, vil ved en eventuell tilsynssak ha «bevisbyrden» for at den alternative behandling var et like forsvarlig valg som skolemedisinsk behandling ville ha vært. I disse tilfeller vil også spørsmålet om informasjon og samtykke være sentralt, jf. nedenfor om § 10.

Når det gjelder autorisert helsepersonell som tar i bruk alternative behandlingsformer, er det i Ot.prp. nr. 13 (1998–99) på side 40 uttalt at:

«Departementet vil bemerke at forsvarlighetskravet også vil gjelde helsepersonells utøvelse av alternative behandlingsformer, som for eksempel akupunktur. Det forutsettes bl a at helsepersonellet har tilstrekkelig kompetanse til bruk av disse metoder. Videre kan det være et spørsmål om visse metoder kan benyttes fordi de i seg selv ikke kan ansees forsvarlige, uavhengig av den enkeltes kompetanse. Hvis autorisert helsepersonell ved bruk av sin tittel har rekruttert pasienter og tilbyr en ikke-dokumentert behandling innenfor sin alminnelige praksis, kan dette være en sammenblanding som ansees uforenelig med de formål som begrunner autorisasjonen. Det kan allikevel ikke gjelde al-

le ikke-dokumenterte metoder, men må vurderes konkret.»

Forsvarlighetskravet må etter dette også vurderes etter hvorvidt den aktuelle behandlingsformen er av en slik karakter at den må kunne sies å undergrave de formål som begrunner autorisasjonsordningen. Dette tilsier at helsepersonell må vise varsomhet med å fravike fra allment aksepterte metoder innenfor sitt fagfelt som autorisert helsepersonell.

I lovens § 6 er det inntatt en egen bestemmelse om helsepersonells ressursbruk. Det heter her at:

«Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.»

Av forarbeidene til bestemmelsen (Ot.prp. nr. 13 (1998–99) side 219) fremgår det at:

«Plikten til hensiktsmessig ressursbruk gjelder ved organisering av virksomheten, herunder prioritering av pasienter, i tillegg til ved utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av den enkelte pasient. Det er ikke bare penger det skal spares, men også tid. Det følger implisitt av kravet til nødvendighet i bestemmelsen at plikt til hensiktsmessig ressursbruk ikke må gå utover kravet til forsvarlighet.»

Bestemmelsen antas blant annet å kunne være relevant i situasjoner hvor helsepersonell i tillegg til eller istedenfor anerkjente metoder, velger å gi pasienten ikke-dokumentert alternativ behandling. Etter en konkret vurdering vil dette kunne innebære et brudd på plikten om hensiktsmessig ressursbruk som følger av § 6. Sentralt ved en slik vurdering vil imidlertid også være hva slags informasjon som blir gitt til pasienten, jf. nedenfor om § 10.

Av helsepersonelloven § 10 følger at den som yter helsehjelp skal gi informasjon i samsvar med reglene i pasientrettighetsloven §§ 3–2 til 3–4, jf. nærmere om dette under pkt. 7.4 om pasientrettighetsloven. Helsepersonells plikt til å gi informasjon må sees i nær sammenheng med hovedregelen om at pasienter skal samtykke til helsehjelp. Særlig vil informasjonskravet være sentralt i de tilfeller hvor helsepersonell tilbyr alternativ behandling. I helsepersonellovens forarbeider, pkt. 4.2.6.3 (side 39), er det presisert at forsvarlighetskravet vil bli skjerpet ved forsøksvirksomhet og bruk av utradisjonelle metoder. Det uttales blant annet at:

«Hvilke risiki som kan tas innenfor forsvarlighetskravet, vil bero på pasientens tilstand og på alternative behandlingsmuligheter. Pasienten skal så vidt mulig høres og gis adekvat informa-

sjon om formålet med og fremgangsmåten ved forsøket, samt om alternativer og risiki. Det er også en forutsetning at man blir gjort oppmerksom på at metoden primært benyttes som ledd i forsøksvirksomhet. Kravet til at pasientens informerte og velforståtte samtykke må innhentes, skjerpes dersom behandlingen bærer preg av forsøk eller eksperimentering. Videre må det stilles strenge krav til vurderingen av om det var forsvarlig å igangsette forsøket, og om den benyttede fremgangsmåte var faglig forsvarlig. Det vil imidlertid være situasjoner hvor ren eksperimentell behandling vil kunne ansees forsvarlig, f.eks. der slik behandling utgjør siste forsøk på å redde liv.

Forsvarlighetsvurderingen samt vilkårene for gyldig samtykke er noe annerledes ved ren forsøksvirksomhet enn i de tilfeller formålet med å benytte den utradisjonelle metode først og fremst er å oppnå en helbredende eller lindrende effekt hos vedkommende pasient. Men også i sistnevnte tilfelle må det stilles strenge krav.»

Selv om uttalelsene i forarbeidene først og fremst sikter til forsøksvirksomhet og bruk av utradisjonelle metoder innenfor den såkalte skolemedisinen, må det legges til grunn at samme krav til forsvarlighet, informasjon og samtykke vil gjelde dersom helsepersonell i tillegg til eller istedenfor akseptert og dokumentert skolemedisinsk behandling, tilbyr alternativ behandling. At en behandler er autorisert helsepersonell skaper en forventning om behandlingens innhold og kvalitet, noe som blant annet er ett av flere hensyn som begrunner autorisasjonsordningen. Helsepersonell som i sin behandlingsvirksomhet benytter metoder som ligger utenfor hva pasienter vanligvis vil forvente av slikt personell, vil derfor ha en klar plikt til å informere om dette.

Hva som i slike situasjoner skal inngå i helsepersonellens informasjonsplikt vil måtte vurderes konkret, men helsepersonellet vil blant annet måtte vurdere i hvilken utstrekning det vil være nødvendig å informere om dokumentasjonsstatus, behandlingens formål, metoder, forventede fordeler og mulige farer/bivirkninger i forbindelse med behandlingen. Det vil ofte også være nødvendig å informere om omfanget av behandling som kreves før tiltaket kan forventes å ha effekt, hvor kostnadskreven behandling vil være, hvilken type behandling som kan tilbys innen den etablerte helse-tjeneste mv. Helsepersonell som anvender alternativ behandling må i slike tilfeller særlig påse at informasjonen er tydelig slik at pasienten selv kan ta et kvalifisert valg om dette er en type behandling vedkommende ønsker.

I helsepersonelloven § 13 er det inntatt en særskilt bestemmelse om markedsføring. Ved markedsføring av egen helsehjelp skal helsepersonell påse at markedsføring er forsvarlig, nøktern og saklig. Bestemmelsen supplerer markedsføringslovens system, idet det antas å være behov for ytterligere regulering av markedsføring av helsepersonells yrkesutøvelse og helsehjelp generelt. Bestemmelsen gjelder annonsering og markedsføring av enhver art og i ethvert medium. Markedsføringen skal være nøktern og ikke inneholde opplysninger som kan villede pasienten eller befolkningen. Av forarbeidene til bestemmelsen (Ot.prp. nr. 13 (1998–99) side 223) fremgår at det ved vurderingen av hva som er villedende, blant annet skal:

«(...) legges vekt på om markedsføringen kan bidra til å utnytte befolkningens mangelfulle kunnskap, eksempelvis om det er et misforhold mellom tilbudet slik det fremgår av markedsføringen, påregnelig resultat og eventuelle uheldige skader eller bivirkninger. (...) Helsepersonell skal heller ikke på en utilbørlig måte undergrave eller svekke tilliten til andre helsetjenester.»

Bestemmelsen vil etter en konkret vurdering kunne være relevant for autorisert helsepersonell som markedsfører alternativ behandling, enten som selvstendig behandlingstilbud eller som et supplement til skolemedisinsk behandling.

Etter gjeldende rett er det ikke noe krav om at helsepersonell som tilbyr eller utøver alternativ behandling, skal drive slik virksomhet klart adskilt fra skolemedisinsk behandlingsvirksomhet. Et slikt skille som til enhver tid gjør det klart for pasienten når helsepersonellet enten tilbyr skolemedisinsk behandling eller alternativ behandling, kan oppnås på flere måter. En mulighet kan være å kreve at autorisert helsepersonell som ønsker å gi alternativ behandling, må gi avkall på sin autorisasjon. En annen mulighet kan være å kreve et strengt organisatorisk skille slik at de ulike behandlingsvirksomheter drives i forskjellige lokaler eller til forskjellig tid, og ved at det i betalingsammenheng klart fremgår hva som er betaling for henholdsvis skolemedisinsk eller alternativ behandling. Endelig kan et slikt skille tenkes tydeliggjort ved at pasienten til enhver tid gis uttrykkelig informasjon om hvilken behandlingsform han får.

Departementets vurdering

Helsepersonelloven § 4 om krav til forsvarlig yrkesutøvelse, § 6 om plikt til å ikke påføre pasienter (og andre) unødige tidstap eller utgift, § 10 om helseper-

sonellens plikt å gi tilstrekkelig informasjon og § 13 om at markedsføring av helsetjenester skal være forsvarlig, nøktern og saklig, vil som nevnt være sentrale tilsynsbestemmelser overfor helsepersonell som utøver alternativ behandling.

Etter departementets oppfatning vil tilsynsmyndighetene med utgangspunkt i nevnte bestemmelser ha det nødvendige regelverk for å kunne føre tilsyn med helsepersonell som utøver alternativ behandling, herunder alternative behandlere som arbeider innenfor helsetjenesten og utøver helsehjelp.

Som nevnt er det utover det som følger av nevnte regler, intet krav etter gjeldende regelverk om at helsepersonellet skal drive disse behandlingsvirksomhetene klart adskilt. Fra et tilsyns- og forbrukerperspektiv kan det diskuteres om helsepersonell som også tilbyr eller utøver alternativ behandling, skal skille denne virksomheten fra sin virksomhet som helsepersonell.

På den ene side vil et klart skille kunne gjøre det enklere for tilsynsmyndighetene å vurdere forsvarligheten av helsepersonellens praksis. Tilsynsmyndighetene har i dag kompetanse til å vurdere forsvarligheten av skolemedisinsk behandling, men bare i mindre grad kompetanse til å vurdere ulike former for alternativ behandling. Dersom det praktiseres et slikt klart skille vil tilsynsmyndighetenes vurderingen av en gitt behandling kunne skje i forhold til én behandlingsform og/eller behandlingsfilosofi, og det vil ikke være nødvendig å sortere ut hvilke deler av behandlingen som er henholdsvis skolemedisin eller alternativ behandling.

Et klart skille vil også gjøre det enklere for pasienten å vite om den behandling han/hun tilbys er skolemedisinsk eller alternativ behandling, noe som vil gi pasienten bedre forutsetninger for å foreta et reelt valg i forhold til hva slags behandling han/hun ønsker.

Dersom det opereres med et skille mellom de to behandlingsformene vil dette også kunne forhindre at behandlerens status som autorisert helsepersonell på en uheldig måte fremheves i markedsføringssammenheng for ulike typer alternativ behandling. Autorisasjon som helsepersonell innebærer en offentlig godkjenning og en kvalifikasjons- og kvalitetsgaranti, se nærmere om dette i pkt. 13.1. Dersom slik autorisasjon fremheves i markedsføringen av alternativ behandlingsvirksomhet, kan det skapes et inntrykk av at også den alternative behandling er anerkjent av helsemyndighetene. Dersom det i markedsføringen av ulike former for alternativ behandling gjøres en slik kobling til behandlerens status som autorisert helsepersonell, kan dette av pasienter derfor bli oppfattet som om

den alternative behandling har en anerkjennelse eller legitimitet det ikke nødvendigvis er grunnlag for, eller at behandlingen gis innenfor rammen av vedkommendes offentlige autorisasjon som helsepersonell. Under henvisning til den store forskjell det er når det gjelder de ulike alternative behandleres utdanning, både hva angår utdanningens omfang og faglig innhold, samt i hvilken utstrekning det foreligger dokumentert behandlingseffekt av de ulike behandlingsformer, kan slik markedsføring være uheldig.

På den annen side ønsker mange pasienter nettopp å kombinere skolemedisinsk og alternativ behandling. Dette tilsier at det i mange tilfeller vil være vanskelig å kreve at helsepersonellet skal operere med et strengt organisatorisk og faglig skille mellom behandlingsformene.

Et annet moment er at alternative behandlere som også har autorisasjon som helsepersonell, vil ha en tilleggskompetanse når det gjelder undersøkelse og behandling av sykdom. Av den grunn vil de ofte ha bedre forutsetninger for å gi pasienten informasjon og veiledning i valget mellom skolemedisinsk eller alternativ behandling. Som følge av sin autorisasjon forutsettes helsepersonell også å ha bedre forutsetninger for å se begrensninger i egen kompetanse, og i såfall henvise pasienten videre til mer kompetent personell. Mange pasienter opplever nettopp denne tilleggskompetansen som betryggende, og i flere tilfeller som avgjørende for om de ønsker å oppsøke alternativ behandler.

Også ønsket om et økt samarbeid mellom den ordinære helsetjenesten og den alternative behandling, samt ønske om å tilrettelegge for en viss integrering av alternativ behandling i helsetjenesten, taler mot å kreve et slikt klart skille mellom skolemedisinsk og alternativ behandling.

Under henvisning til ovenstående er departementet av den oppfatning at det ikke vil være ønskelig med en ordning hvor autorisert helsepersonell skal måtte velge om de ønsker å tilby bare skolemedisinsk behandling eller bare alternativ behandling.

Med mindre helsepersonell gir avkall på sin autorisasjon, vil de også ved utøvelse av alternativ behandling være bundet av de plikter som følger av helsepersonelloven. Dersom helsepersonell velger å utøve alternativ behandling, vil de ikke ved det være fri fra de plikter som følger av helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. I forhold til forsvarlighetskravet vil dette som nevnt ovenfor innebære at kravene til forsvarlighet skjerpes dersom helsepersonell tilbyr utradisjonell eller udokumentert behandling. Forsvarlighetskravet vil også innebære at helsepersonellet vil bli vurdert i forhold til

om den aktuelle behandlingsform de tilbyr eller utøvelsen av denne, i seg selv tilsier at den må anses som skadelig/farlig for pasienten eller hvor det foreligger en konkret risiko for slik skade. Likedan vil de bli vurdert i forhold til om den alternative behandling har kommet til foretrengsel for annen dokumentert virksom behandling. Det helsepersonell som i sin behandling tilbyr, anbefaler eller tar i bruk udokumentert alternativ behandling fremfor akseptert skolemedisinsk behandling hvor man vet det foreligger behandlingseffekt, vil ved en eventuell tilsynssak ha «bevisbyrden» for at den alternativ behandling var et like forsvarlig valg som skolemedisinsk behandling ville ha vært.

Som nevnt ovenfor vil også helsepersonellens informasjonsplikt øke dersom man tilbyr eller tar i bruk alternativ behandling fremfor skolemedisinsk behandling. Også dette taler for at det ikke vil være nødvendig å kreve noe klart skille når helsepersonell tilbyr både skolemedisinsk og alternativ behandling. Hva som skal inngå i helsepersonellens informasjonsplikt når de tilbyr eller tar i bruk alternativ behandling vil måtte vurderes konkret, men informasjonen må være tilstrekkelig til at pasienten selv kan ta et kvalifisert valg i forhold til hva slags behandling han/hun ønsker. I så måte vil helsepersonellet jevnlig måtte informere om dokumentasjonsstatus, behandlingens formål, metoder, forventede fordeler og mulige farer/bivirkninger i forbindelse med behandlingen, omfanget av behandling som kreves før tiltaket kan forventes å ha effekt, hvor kostnadskreven behandling vil være mv. I mange tilfeller vil det også være nødvendig å informere om hvilken type behandling som kan tilbys innen den etablerte helsetjeneste.

Etter en samlet vurdering vil departementet derfor ikke foreslå en ordning hvor autorisert helsepersonell skal måtte velge om de ønsker å tilby bare skolemedisinsk behandling eller bare alternativ behandling.

12.17.6.2 *Spørsmål om et særskilt klage- og/eller tilsynsorgan for alternative behandlere utenfor helsetjenesten*

I NOU 1998:21 Alternativ medisin er det som nevnt ikke foreslått lovfestet et særskilt klageorgan for alternativ behandlingsevne. Det er imidlertid redegjort for de mange klage-, tilsyns- og kontrollordninger som allerede i dag er gjeldende på feltet. I den forbindelse viser departementet også til den gjennomgang av relevant regelverk som er gjort i denne proposisjonens kapittel 7.

Som nevnt ovenfor fører Statens helsetilsyn og fylkeslegene tilsyn med helsepersonell som utøver

alternativ behandling. Dette gjelder både autorisert helsepersonell som yter alternativ behandling og alternative behandlere som arbeider innenfor helsetjenesten og yter helsehjelp, og som dermed er å anse for helsepersonell etter helsepersonelloven § 3.

Det eksisterer imidlertid intet særskilt offentlig organ som fører tilsyn eller kontroll med den virksomhet som utøves av alternative utøvere utenfor helsetjenesten.

Under utøvelse av sin tilsynsmyndighet overfor helsepersonell og helsetjenesten har Statens helse- tilsyn/fylkeslegene av og til også blitt gjort kjent med mulige overtredelser av kvaksalverloven. Dette gjelder både tilfeller hvor det synes å være gitt behandling eller foretatt inngrep i strid med loven, og tilfeller knyttet til kvaksalverlovens regler om markedsføring eller tittelbruk.

Tilsynsmyndighetenes virksomhet vil bare i begrenset grad kunne utøve myndighet overfor alternative behandlere. Helsepersonellovens administrative reaksjonssystem vil bare kunne benyttes overfor den som er helsepersonell, og således ikke mot alternative behandlere med mindre disse arbeider innenfor helsetjenesten og yter helsehjelp. Departementet gjør oppmerksom på at helsepersonelloven § 56 om advarsel gjelder for helsepersonell, mens blant annet helsepersonelloven § 57 om tilbakekall, § 58 om suspensjon og § 59 om begrensning av autorisasjon m.m., bare gjelder for autorisert helsepersonell.

I mange tilfeller vil således tilsynsmyndighetenes eneste virkemiddel ofte være å politianmelde mulige brudd på kvaksalverloven. Praksis viser at terskelen for hva som politianmeldes er høy, og at tiltale ofte bare blir tatt ut i de mest alvorlige tilfellene.

I tillegg til slik påvirkning gjennom politianmeldelse, vil tilsynsmyndighetene også kunne utøve noe påvirkning gjennom ulike former for informasjonsarbeid rettet mot alternative behandlere og/eller pasienter/brukere.

Etter departementets oppfatning er det argument som særlig taler for opprettelse av et særskilt klageorgan for alternativ behandlingsevne, at dette vil kunne sikre et sterkere forbrukervern. Dagens ordninger er som nevnt mange og oppdelte, og det finnes intet organ som utelukkende fører tilsyn med alternativ behandling generelt og som behandler klager knyttet til alle sider av virksomheten.

Argumentene som taler mot vil være at det som nevnt allerede finnes en rekke ordninger, og forbrukervernet må langt på vei sies å være ivaretatt på regelverksnivå. En annen sak er om håndhevin-

gen er god nok og om samarbeidet mellom de ulike organer kunne vært bedret. Pr. i dag føres det tilsyn/kontroll gjennom Forbrukerombudet om markedsføringen holder hva den lover. Helsetilsynet fører tilsyn med autorisert helsepersonell/personell som arbeider i helsetjenesten, og politiet vurderer eventuelle straffbare overtredelser, jf. nærmere om dette i pkt. 7.16 og pkt. 12.15.4. I forslaget til registerordningen ligger det at pasientene skal kunne klage til de enkelte utøverorganisasjonenes fag-etiske råd på behandling gitt av alternativ behandler som er medlem i vedkommende utøverorganisasjon, jf. kapittel 14. Det vil med andre ord bli etablert en klageordning på organisasjonsnivå. De øvrige tiltak av rettslig og utenomrettslig karakter vil i stor grad bidra til en intern selvjustis blant utøverne, se pkt. 10.7 og pkt. 11.4.

For at et klageorgan skal ha full legitimitet, bør det antagelig være i offentlig regi. I dag har man intet egnet offentlig organ, det vil si et organ som har fagkompetanse til å vurdere klager/føre tilsyn med

hele feltet. Det vil i såfall kreves et betydelig utredningsarbeid å få oversikt over de ulike behandlingsformer, for deretter å utarbeide faglige retningslinjer som blant annet skal ligge til grunn for faglig forsvarlighet for de ulike behandlingsformer.

Som nevnt foreligger det allerede flere klage- og tilsynsorganer på området. Etter departementets oppfatning bør det i første omgang satses på å styrke samarbeidet mellom de eksisterende organer, oppbygging/styrking av kompetansen til å behandle saker på feltet, samt systemer for å sikre tilbakemeldinger i pedagogisk øyemed om behandling av klagesaker mot yrkesutøverne, før det vurderes opprettet et særskilt klage- og/eller tilsynsorgan for alternative behandlere utenfor helsetjenesten. Departementet viser i den forbindelse også til pkt. 12.15.4 hvor det fremgår at departementet vil sørge for at Forbrukerombudet blir tilført ressurser slik at de kan føre et mer aktivt og overordnet tilsyn med alternative behandleres markedsføring, jf. lovforslagets § 8.

13 Egen godkjenningsordning eller autorisasjon etter helsepersonelloven for alternative behandlere

13.1 Gjeldende rett

Med offentlig godkjenningsordning siktes det her til en ordning hvor myndighetene vurderer ulike grupper personell på bakgrunn av nærmere definerte kriterier med tanke på en eller annen form for offentlig anerkjennelse. Denne gir uttrykk for at visse kvalitetskrav er oppfylt. På helsetjenestens område er en slik godkjenningsordning innført ved at 27 grupper helsepersonell etter bestemte kriterier kan gis autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven, jf. §§ 48 og 49.

En offentlig godkjenningsordning innebærer statlig styring, kontroll og innflytelse over de aktuelle personellgrupper. Formålet for myndighetene vil normalt være å sikre kvalitet og faglig kunnskap hos utøverne (personellet) og at dette skal bidra til sikkerhet for pasienter/brukere. Vurderingskriteriene for en godkjenningsordning vil fortrinnsvis være fastsatt i lov eller forskrift, og vil innebære at det blant annet gjøres en forhåndsvurdering av om vedkommende gruppes faglige kunnskaper, utdanningsinnhold, opplæring, praksis og lignende, er av en slik kvalitet og har et slikt innhold og omfang at gruppen skal gis den offentlige anerkjennelse som ligger i en slik godkjenning. Normalt vil den som godkjennes bli pålagt plikter, men vil også bli gitt nærmere bestemte rettigheter.

Det finnes i dag ingen offentlig godkjenningsordning for alternative behandlere. Den eneste godkjenningsordning disse utøverne eventuelt vil være underlagt, er ulike former for privat godkjenning fra utøverorganisasjoner/-foreninger, for eksempel der hvor disse krever at medlemmene har gjennomgått nærmere bestemte former for utdanning for å være kvalifisert for medlemskap.

Imidlertid er mange av utøverne også autorisert som helsepersonell, for eksempel som fysioterapeuter, sykepleiere og leger.

Det kan også tenkes tilfeller hvor utøvere har gjennomgått utdanning i utlandet, og at utdanningen fører frem til autorisasjon i dette landet som en del av den organiserte helsetjenesten. Dette gjelder for eksempel naprapater som er godkjent helsepersonell både i Sverige og Finland. Norske naprapater utdannes i all hovedsak ved Naprapathøgskolan

i Stockholm. For å bli medlem i Norges Naprapatforbund kreves det godkjent utdanning fra denne skolen, eller tilsvarende utdanning fra andre land.

Grupper av såkalt alternative behandlere kan søke om å bli autorisert som helsepersonell etter helsepersonelloven. Dersom autorisasjon blir gitt til nye grupper, kreves det enten en lovendring i § 48 første ledd eller at det gis en forskrift om autorisasjon med hjemmel i bestemmelsens fjerde ledd. Av § 48 fjerde ledd fremgår at departementet i forskrift kan bestemme at nye helsepersonellgrupper kan gis autorisasjon etter søknad. Det skal i så fall

«(...) legges vekt på hensynet til pasientsikkerhet, innhold og formålet med utdanningen, i hvilken utstrekning yrket utøves selvstendig og hensynet til harmonisering med andre land.»

Denne ordningen innebærer at grupper av alternative behandlere etter søknad kan vurderes autorisert etter helsepersonelloven.

Når det gjelder nærmere om vilkårene for å få innvilget en søknad om autorisasjon for en ny gruppe helsepersonell, vises det til pkt. 13.5.2.

Med mindre det gjøres særskilte unntak, vil nye grupper som eventuelt blir autorisert etter helsepersonelloven § 48, bli pålagt de samme rettigheter og plikter som de øvrige helsepersonellgrupper som er autorisert etter loven. Dette vil typisk gjelde plikt til forsvarlighet, krav om taushetsplikt, dokumentasjonsplikt, meldeplikter mv. En annen følge er at de ved autoriseringen vil bli underlagt tilsynsmyndighetenes kontroll, herunder underlagt blant annet det administrative reaksjonssystem som følger av lovens kapittel 11. En autorisasjon vil også innebære beskyttelse av tittel.

Særlig om helsepersonellovens autorisasjonsordning og autorisasjonsbegrepets nærmere innhold

Begrunnelsen for helsepersonellovens autorisasjonsordning og autorisasjonsbegrepets nærmere innhold er redegjort for i lovens forarbeider, Ot.prp. nr. 13 (1998–99) Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven), og da særlig under kapittel 14. I forarbeidenes pkt. 14.2 (side 127) redegjør

res det for høringsnotatet og beskrivelsen av den foreslåtte autorisasjonsordning som der var gjort. I den forbindelse uttales det blant annet:

«Hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasienters sikkerhet. Autorisasjonsordningen skal sikre at helsepersonellet har nødvendige kvalifikasjoner til å inneha en bestemt yrkesrolle. Under yrkesutøvelsen skal autorisasjonen være en sikkerhet for at helsepersonell med en bestemt tittel har en bestemt type kompetanse. Dette innebærer at helsepersonell som anvender en beskyttet tittel, har en felles utdanningsbakgrunn. Autorisert helsepersonell må oppfylle de krav til yrkesutøvelsen som finnes i lov eller forskrift.»

Videre drøftes det i pkt. 14.4.1 om autorisasjonsordningen bør fjernes, og om man heller bør regulere helsepersonells kvalifikasjoner og yrkesutøvelse på andre måter. I den forbindelse uttales det blant annet:

«Hensynet til pasienters sikkerhet er som nevnt et grunnleggende prinsipp ved all rettslig regulering av yrkesutøvelse innen helsevesenet. Dette må også danne utgangspunktet for en fremtidig autorisasjonsregulering. Pasientene har et berettiget krav på at det offentlige iverksetter tiltak for å beskytte dem mot handlinger, undersøkelser, behandling, oppfølging m.v. fra ukyndige utøvere. Dette kan blant annet gjøres ved at helsemyndighetene avgjør hvilke personellgrupper som skal få det kvalitetsstempel en offentlig autorisasjon innebærer.

Krav om autorisasjon skal videre sikre et minimum av kvalifikasjoner for grupper av helsepersonell, for dermed å minimalisere risiko for skade og feil ved deres yrkesutøvelse. Kravet om autorisasjon av helsepersonell etter fullført og bestått utdanning, innebærer en kvalifikasjonskontroll. Autorisasjonen blir således en garanti for et visst kunnskapsnivå og for at yrkesutøverne har personlige kvalifikasjoner som gjør at vedkommende har helsemyndighetenes og samfunnets tillit. Kvalifikasjonskontrollen vil indirekte beskytte pasientene ved at pasientene skal kunne oppleve trygghet ved undersøkelse og behandling hos autorisert helsepersonell. Autorisasjonen fyller også et informasjonsbehov overfor pasientene og arbeidsgiverne. I forhold til pasientene er det hensiktsmessig med en minimums «varedeklarasjon» av ulike yrkesutøveres kvalifikasjoner.

Helsemyndighetene kan gjennom tilbakekall av autorisasjonen hindre uforvarlig og uønsket adferd, utover de reaksjonene som arbeidsgiver har til rådighet. Behovet for kontroll er sentralt overfor helsepersonell som har selvstendige arbeidsoppgaver av særlig betydning for pasienters liv og helse. Der graden av selv-

stendighet i yrkesutøvelsen er stor, og faren for feilbehandling er til stede, øker betydningen av kontroll og tillit. Det forhold at en del helsepersonell med særlige selvstendige arbeidsoppgaver (såkalte frie yrker) ofte henvender seg direkte ut til publikum, begrunner også behovet for kontroll.»

Departementet gikk etter dette ikke inn for å oppheve autorisasjonsordningen for helsepersonell, og under proposisjonens pkt. 14.4.2 drøftes de nærmere kriterier for autorisasjon. Om utdanning og eksamen er det på side 129 blant annet uttalt:

«Et viktig utgangspunkt bør være om utdanningen tar sikte på å utdanne personell for arbeid innenfor helsevesenet til daglig pasientkontakt og det ansvar dette innebærer.

En betingelse for en autorisasjonsordning er at helsemyndighetene finner det helsefaglige innholdet i utdanningene tilfredsstillende. At utdanningen er godkjent av utdanningsmyndighetene og om utdanningen i hovedsak er forskningsbasert (i motsetning til håndverksmessig utdanning), bør vektlegges.»

Det neste kriteriet ved autorisasjonsvurderingen, – yrkesrollens innhold, er diskutert på side 130. Det uttales her blant annet:

«Vedrørende yrkesrollens innhold tar departementet utgangspunkt i hensynet til pasientens sikkerhet. Særlig i de tilfeller der helsepersonellet i sin yrkesutøvelse har selvstendig pasientkontakt, enten det skjer i form av en selvstendig yrkesutøvelse eller innenfor en institusjonell ramme, kan det være grunn til å innføre slik styringsmekanisme som en autorisasjonsordning innebærer.

Dersom selve yrkesutøvelsen innebærer risiko for pasienter, bør dette tillegges betydelig vekt. Dette gjelder bl.a. der yrkesrollen innebærer selvstendig og direkte ansvar for utredning, diagnostikk, behandling, pleie og/eller oppfølging av pasienter.

Helsepersonell som gir pasienter pleie og omsorg, har ikke like stor grad av selvstendig risiko for å utsette pasienters sikkerhet for fare, som yrkesutøvere som har ansvar for diagnostikk m.m. Til gjengjeld er pleie og omsorg yrkesutøvelse som medfører omfattende pasientkontakt og stiller store krav til utøveren.»

Videre uttales det:

«At yrkesrollen kan innebære selvstendig næringsvirksomhet, bør også tillegges vekt. Overfor yrkesutøvelse i form av selvstendig næringsvirksomhet, vil ofte behovet for offentlig kontroll være stort av hensyn til pasienten, siden

det her ikke er muligheter for kontroll fra arbeidsgiver. Departementet vil imidlertid understreke at muligheter for yrkesutøvelse i form av selvstendig næringsvirksomhet ikke bør være noen absolutt betingelse for å få autorisasjon.»

Endelig uttales det:

«Hensynet til behovet for tillit og forutsigbarhet gjelder både overfor pasienter så vel som overfor annet helsepersonell som samarbeider med vedkommende yrkesgruppe, jf ovenfor. I et samfunnsperspektiv er det også av betydning at allmennheten har tillit til yrkesutøverne i helse-tjenesten. Autorisasjonsinstituttet vil kunne bidra til at befolkningen har tillit til at autorisert helsepersonell fyller de krav som offentlige myndigheter stiller til utøvelsen av virksomheten.»

Under pkt. 14.4.2.3 Internasjonale forhold (side 130–131), vises det til at det ved spørsmål om autorisering også vil være av betydning hvorvidt nærmere bestemte helsepersonellgrupper er omfattet av Nordisk overenskomst for helsepersonell eller EF-direktiver.

Stortinget ga sin tilslutning til den beskrevne autorisasjonsordning. I den forbindelse vises det til Innst. O. nr. 58 (1998–99) hvor det på side 31 blant annet uttales:

«Komiteen har merket seg at det foreslås at ikke bare leger og tannleger nå skal gis autorisasjon, men at alle grupper som oppfyller kravene til det, skal autoriseres i stedet for å få offentlig godkjenning. Komiteen er enig i at dette kan være gunstig ut fra pasientenes krav på å bli beskyttet mot ukyndige utøvere, kontroll med helsepersonellens yrkesutøvelse bl.a. gjennom mulighet til å tilbakekalle autorisasjonen, og at autorisasjon gir en garanti for personellens kunnskapsnivå og skikkethet. Komiteen slutter seg til at de viktigste kriteriene for å gi helsepersonell autorisasjon er at de arbeider selvstendig og har utstrakt pasientkontakt.

Komiteen viser til proposisjonens prinsipielle begrunnelse for autorisasjonsgiving til yrkesgrupper og er enig i denne.»

13.2 Forslag i NOU 1998:21 Alternativ medisin

I Aarbakke-utvalgets mandat het det i pkt. 6 at utvalget skulle

«(D)røfte sentrale problemstillinger knyttet til godkjenningsordninger og komme med forslag til eventuelle godkjenningsordninger for grupper av alternativmedisinske utøvere, herunder også krav til utdanning.»

13.2.1 Spørsmålet om en egen godkjenningsordning

Utvalget har behandlet spørsmålet om en godkjenningsordning for alternative behandlere i NOUens pkt. 15.4. Under pkt. 15.4.1 uttales det blant annet:

«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.»

Det påpekes deretter at registerordningen ikke vil medføre at det offentlige stiller kvalitative fagkrav, mens det i en godkjenningsordning kan innlemmes slike kvalitative krav, for eksempel krav om bestemt utdanning for å oppnå godkjenning (den omtalte registerordning er nærmere behandlet i kapittel 14). Videre kan en godkjenningsordning tilrettelegge for at det kan stilles mer inngående krav til yrkesutøvelsen enn det registerordningen foranlediger, for eksempel krav til personlig og faglig egnethet, forsvarlighet m.m. En slik offentlig styring vil også medføre et offentlig ansvar for disse yrkesgruppene gjennom tilsyn, kontroll og sanksjonsmuligheter.

Utvalget har deretter vist til at de (da)gjeldende godkjenningsordninger for helsepersonell var begrunnet i behovet for å kunne føre offentlig kontroll med personellgrupper gjennom reguleringer og tilsyn. Det ble deretter vist til at i forslaget til ny helsepersonellov var kriterier for autorisasjon av nye helsepersonellgrupper inntatt i § 48 fjerde ledd.

Utvalget påpekte deretter under pkt. 15.4.4 at:

«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.»

Et enstemmig utvalg la etter dette 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.»

Et flertall av utvalget uttalte i tillegg at de primært ønsket en registerordning basert på foreningsautonomi og uten offentlige krav til utøvernes kompetanse, men at dersom en registerordning ble utbygget med faglige krav (jf. nærmere om registerordningen i kapittel 14), ville de anbefale at behovet for en separat godkjenningsordning med eller uten yrkesmonopol ble utredet.

13.2.2 Spørsmålet om eventuell autorisering av grupper av alternative behandlere etter helsepersonelloven

Utvalget har redegjort for en rekke ulike former for alternativ behandling, samt vurdert i hvilken grad disse kan sies å tilby dokumentert effektiv behandling, jf. særlig NOUens kapittel 5, 6, 12 og 13. Departementet viser også til herværende odelstingsproposisjon kapittel 6 hvor dette spørsmålet er nærmere omtalt.

I NOUens pkt. 15.4.3 har noen utvalgsmedlemmer (7) uttalt at en offentlig godkjenning er et mål, og at dette burde fremskyndes for enkelte etablerte grupper alternative behandlere. Helsemyndighetene ble anbefalt å foreta den nødvendige saksbehandling i kontakt med de aktuelle alternative miljøer. Andre medlemmer (8) påpekte derimot at utvalget ikke hadde blitt nedsatt for å vurdere hvordan søknader om godkjenning/autorisering som helsepersonell ble behandlet eller burde bli behandlet. Under henvisning til den foreslåtte adgangen i helsepersonelloven til å autorisere nye grupper, viste disse medlemmene til at det måtte være opp til myndighetene å foreta den nødvendige saks-

behandling, og at utvalgets arbeid ikke kunne legge føringer hverken på saksbehandlingsmåte eller hvilke grupper av alternative utøvere som særskilt burde vurderes for autorisasjon.

Utvalget tok ikke stilling til om, – og i såfall hvilke, grupper av alternative utøvere som eventuelt burde gis autorisasjon etter den foreslåtte nye helsepersonelloven. Som nevnt ovenfor har utvalget lagt til grunn at spørsmålet om eventuell autorisasjon for grupper av alternative behandlere, vil måtte avgjøres etter de samme hovedkriterier som for helsepersonellgrupper for øvrig.

13.3 Høringsinstansenes syn

De aller fleste som har uttalt seg, er enige i at det ikke bør etableres en egen godkjennings-/autorisasjonsordning for alternative behandlere, men at disse utøvere heller bør vurderes i forhold til om de oppfyller helsepersonellovens vilkår for autorisasjon.

Utøverorganisasjoner mv.

Enkelte høringsinstanser, særlig fra de alternative miljøene, har påpekt at tiden er moden for at enkelte utøvergrupper kan vurderes i forhold til autorisasjon etter helsepersonelloven. Særlig akupunktur og homøopati fremheves i så måte. Motsatt vektlegger enkelte tverrfaglig orienterte organisasjoner, at autorisasjonssøknadene virker splittende på miljøet.

Norsk Forening for Klassisk Akupunktur (NFKA)

«(...) støtter utvalgets forslag om at de gjeldende autorisasjonsordninger for helsepersonell også bør kunne gjøres gjeldende for alternativmedisinske grupper.»

NFKA er videre av den oppfatning at akupunktører bør autoriseres, og det vises blant annet til at autorisasjon vil være nødvendig for å

«(...) kvalitetssikre akupunkturfaget for å gi pasienter optimal behandling under trygge forhold når de oppsøker akupunktør. Det må stilles høye medisinske og akupunkturfaglige krav til akupunktørene.»

Disse synspunkter deles langt på vei av *Norske Homeopaters Landsforbund* som blant annet har uttalt at de

«(...) er av den oppfatning at de gjeldende autorisasjonsordninger for helsepersonell også kan

omfatte alternativ medisinske utøvere på et kvalifisert nivå, som homeopater og akupunktører. Likeledes mener vi at de grunnleggende elementer for autorisasjon av helsepersonell vil være dekkende for autorisasjon av homeopater og akupunktører. Vi kan her vise til autorisasjon av kiropraktører. Vi ser derfor ikke noen grunn til at det skal etableres egne autorisasjonsordninger for alternativ medisinske utøvere.»

Norsk Osteopat Forbund har på sin side uttalt at de ikke ser på osteopati som en del av alternativ medisin, og det fremgår at de ønsker autorisasjon og en norsk anerkjennelse av sitt fag.

Av høringsuttalelsen til *Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon (NNH)* fremgår at de er skeptiske til å autorisere enkeltgrupper innenfor alternativ behandling etter helsepersonelloven, og at de opplever dette som splittende for fagmiljøet. NNH ønsker primært en fellestittel for alternative behandlere, for eksempel naturterapeut, og at den enkelte utøver i tillegg kan benytte undertitler som viser hans spesialitet.

Helsepersonellorganisasjoner

De fleste helsepersonellorganisasjoner som har uttalt seg, mener det ikke bør opprettes en egen godkjennings-/autorisasjonsordning for alternative utøvere.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) støtter utvalget i at utøvere av alternativ medisin bør godkjennes etter de samme hovedkriteriene som annet helsepersonell. NSF fremhever imidlertid som en svakhet ved utredningen at utvalget ikke har tatt stilling til om noen nye grupper bør gis autorisasjon, og at utvalget ikke har gått konkret inn på innholdet i utdanningene og vurdert eventuelle krav til utdanningene. Det uttales deretter at

«(...) NSF mener at det bør foretas en grundig gjennomgang av de ulike utdanningene med tanke på å gi autorisasjon/godkjenning. I første rekke bør det ses nærmere på de mest etterspurte behandlingsformene og behandlingsformer som har dokumentert effekt.»

Norske Fysioterapeuters Forbund (NFF) viser til sin høringsuttalelse i forbindelse med helsepersonelloven hvor de påpekte at det ikke ville være tilstrekkelig å forskriftsregulere mulighet for autorisasjon av nye grupper helsepersonell, men at dette burde lovfestes. Tilsvarende anføres å måtte gjelde for alternative behandlergrupper.

Den norske tannlegeforening

«(...) støtter utvalget i at det ikke er ønskelig

med en særskilt godkjenningsordning for utøvere av alternativ medisin. Et parallelt behandlingssystem vil skape uklarheter både for samfunnet som helhet og for den enkelte pasient.»

Også *Den norske lægeforening* er enig i at det ikke bør etableres særskilte godkjennings- og autorisasjonsordninger for alternative behandlere. I den forbindelse uttales det at:

«Godkjenning etter eksisterende ordning bør kun skje dersom det er formulert krav til utdanning og tjenester, og det er dokumentert at kravene oppfylles. Det forekommer svært varierende utdanning og praktisk trening før alternativbehandlere etablerer praksis. En godkjenningsordning kan, i enda større grad enn en registerordning, inngi befolkningen en falsk garanti.»

Norske Legers Forening For Akupunktur mener at når det gjelder akupunktur bør en arbeide mot en egen spesialitet for leger og for en autorisasjonsordning for akupunktører.

Offentlige instanser, utdanningsinstitusjoner og sykehus

Høringsinstanser i denne gruppen er nærmest uten unntak av den oppfatning at det ikke bør opprettes en egen godkjennings-/autorisasjonsordning, men at nye grupper eventuelt bør autoriseres etter helsepersonelloven og denne lovens vilkår.

Statens helsetilsyn støtter utvalgets innstilling

«(...) i at det ikke etableres særskilt godkjenningsordning for utøvere av alternativ medisin. En slik ordning mener vi vil bli mer villedende enn veiledende for publikum. En godkjenning av en virksomhet vil etter allmennhetens oppfatning innebære at krav med hensyn til faglig kompetanse mv anses oppfylt. Imidlertid er det ikke i dag mulig å oppstille offentlige, faglige krav til alle grupper av utøvere innen alternativ medisin.

Man kan ikke se bort fra at grupper av alternative utøvere i fremtiden vil kunne godkjennes som helsepersonell etter de generelle kriterier for dette i henhold til den nye helsepersonelloven. Etter vår oppfatning må forutsetningen være at dette begrunnes i ny kunnskap om alternativ medisin eller dokumentert komplementerende effekt til bestående helsetilbud.»

En rekke fylkesleger har også uttalt seg til dette spørsmålet. De fleste gir uttrykk for en klar motstand mot en egen godkjenningsordning, blant annet uttaler *Fylkeslegen i Oslo* at hun

«(...) er meget skeptisk til en offentlig godkjenningsordning av utøvere av alternativ medisin.

(...) I den nye helsepersonelloven er det åpnet for at flere grupper etter hvert kan bli offentlig godkjent. Dette bør være tilstrekkelig til at man i fremtiden, dersom det kommer solid vitenskapelig dokumentasjon for virkninger av en i dag alternativ behandling og at det etableres tilfredsstillende utdanningsopplegg, eventuelt kan definere nye grupper under helsepersonelloven.»

Fylkeslegen i Rogaland er kritisk til forslaget om en registerordning, og advarer også mot en egen godkjenningsordning. Når det gjelder registerordningen har han blant annet uttalt at han

«(...) ikke kan se at det er grunn for noen slags anerkjennelse for noe som ikke er anerkjennbart. Når det offentlige skal gi anerkjennelse til en terapiform fordrer det at denne terapien må ha en dokumentert effekt, ellers blir pasienter og befolkning lurt.»

Fylkeslegen viser videre til at utvalget har drøftet

«(...) en godkjenningsordning av alternative terapeuter og selv om dette ikke er foreslått eksplisitt, er det grunn til å advare mot dette av samme grunner som overfor om registrering. Det betyr også at det vil være galt å tenke på autorisasjon av terapeuter som driver med behandling som i all hovedsak ikke har dokumentert effekt.»

Høgskolen i Sør-Trøndelag og *Høgskulen i Sogn og Fjordane* støtter utvalgets forslag om at de samme hovedkriterier bør gjøres gjeldende ved autorisasjon av alternativmedisinske behandlere som for helsepersonell for øvrig, og at det dermed vil være lite hensiktsmessig å foreslå en særskilt godkjenningsordning for alternativmedisinske behandlere.

Av de sykehus som har uttalt seg til dette spørsmålet viser departementet til *Harstad sykehus* som påpeker at det av utredningen fremgår at alternativ medisin med svært få unntak er altfor dårlig dokumentert ut fra anerkjente naturvitenskapelige prinsipper. Det uttales deretter at:

«Faglig sett blir dette etter min oppfatning useiende, og man bør derfor ikke innføre noen autorisasjonsordning eller annen form for offentlig faglig godkjenning.»

Regionsykehuset i Tromsø som har uttalt at dersom

«autorisering av alternativ behandling skal ha noen mening, må det være innenfor rammen av begrepet helsepersonell. I tråd med utvalgets forslag er en særskilt godkjenningsordning derfor ikke ønskelig.»

Pasient-/brugerorganisasjoner

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) mener at det i første omgang bør opprettes et offentlig utøverregister som foreslått,

«(...) men at målet bør være å etablere en mer omfattende godkjenningsordning for enkelte av de etablerte gruppene alternativmedisinske utøvere. I likhet med flertallet i utvalget er LHL av den mening at alternativmedisinske utøvere da bør vurderes i forhold til godkjenningsordningen for helsepersonell.»

Norsk Homøopatisk Pasientforening uttaler til spørsmålet om autorisasjon at

«(...) det bør åpnes for at alternativ medisinske grupper hvor det er god forskningsdokumentasjon og etablerte utdanningsmuligheter på høyt nivå blir autorisert. Vi mener at tiden nå er moden for å autorisere homøopater og akupunktører.»

De er videre av den oppfatning at det ikke vil være nødvendig med en egen godkjennings-/autorisasjonsordning for alternative behandlere, men at de grupper av utøvere som har et høyt nok faglig nivå og som ønsker det, kan autoriseres etter helsepersonelloven.

Utdanningsinstitusjoner innenfor alternativ behandling

Nordisk Akupunkturhøgskole uttaler:

«På sikt bør det arbeides mot en offentlig autorisasjon for akupunktører. En autorisasjon som akupunktør bør kreve minimum 3 års utdanning i skolemedisinske fag i tillegg til en omfattende utdanning i akupunktur.»

Norsk Universitet for Kinesisk Naturmedisin og Akupunktur har uttalt at de har

«(...) forståelse for utvalgets innvendinger mot en godkjennings- og autorisasjonsordning selv om vi og andre seriøse utøvere av alternativ medisin ville ønsket en slik ordning velkommen.»

13.4 Utviklingen etter avgivelsen av NOU 1998:21 Alternativ medisin

I løpet av de siste årene har både osteopater, homøopater, akupunktører og naprapater søkt om å bli autorisert etter helsepersonelloven.

Departementet har avslått disse søknadene under henvisning til at helsepersonelloven bør virke i 2–3 år før nye grupper vurderes for autorisasjon.

Loven trådte i kraft 1. januar 2001, og ved loven ble et stort antall helsepersonellgrupper regulert i en felles lov. Loven innebar en felles lov for alt helsepersonell, og 9 lover og mange forskrifter som tidligere hadde regulert tilsammen 16 helsepersonellgrupper, ble opphevet. I tillegg ble 11 nye grupper omfattet av den nye helsepersonellovens autorisasjonsordning, slik at det i dag er 27 autoriserte helsepersonellgrupper.

De autoriserte helsepersonellgruppene er som hovedregel gitt samme plikter og rettigheter. I tillegg er de underlagt offentlig tilsyn, og et felles administrativt reaksjonssystem. For en rekke av disse personellgruppene innebar loven en førstegangs offentlig regulering av deres virksomhet. For andre grupper innebar loven en videreføring av tidligere lovregulering, men også et mer utvidet regelverk i forhold til det de før var underlagt. På grunn av de store endringer loven medførte for mange helsepersonellgrupper, har departementet sett behov for å la loven virke en tid for å høste erfaringer før ytterligere personellgrupper eventuelt autoriseres etter loven. Ved utarbeidelse av loven, ble det foretatt en omfattende vurdering av hvilke personellgrupper som burde gis autorisasjon. Når det gjaldt vurderingen av om homøopater og akupunktører skulle gis autorisasjon, ble det vist til at departementet ville avvente Aarbakke-utvalgets innstilling, jf. Ot.prp. nr. 13 (1998–99) side 141. Stortinget ga i all hovedsak sin tilslutning til de vurderinger og beslutninger som departementet hadde gjort med hensyn til hvilke personellgrupper som skulle autoriseres på det daværende tidspunkt.

De siste autorisasjonssøknadene som er innkommet til departementet har blitt avslått også under henvisning til at spørsmålet om eventuell autorisasjon av nye grupper alternative behandlere bør utstå til etter at denne odelstingsproposisjonen er behandlet av Stortinget.

I forbindelse med arbeidet med denne odelstingsproposisjonen, har departementet innhentet bidrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Direktoratet har her blant annet blitt bedt om å foreta en oppdatering av dokumentasjonsstatus og forskningsresultater på området alternativ behandling, og der nest vurdere om dette bør få konsekvenser for eventuell autorisasjon av nye grupper. Bidragene fra direktoratet er innarbeidet i kapittel 6 og kapittel 11. Som det vil fremgå er direktoratet av den oppfatning at det fortsatt gjenstår mye forsknings- og dokumentasjonsarbeid når det gjelder behandlingseffekt av de ulike alternative behandlingsformer. Det vises også til at utdanningsfeltet innen alternativ behandling er preget av stor variasjon, noe som gjør det vanskelig for brukere og øvrige aktø-

rer å sammenlikne behandlinger og vurdere den enkelte behandlers kompetanse.

På bakgrunn av dette har direktoratet anbefalt at grupper av alternative behandlere på det nåværende tidspunkt ikke blir autorisert etter helsepersonelloven.

13.5 Departementets vurdering og forslag

13.5.1 Innføring av en egen godkjenningsordning for alternative behandlere

Under pkt. 13.1 er det vist til at en offentlig godkjenningsordning vil måtte begrunnes i et ønske om og behov for en viss statlig styring, kontroll og innflytelse over aktuelle personellgrupper. På dette området vil formålet særlig være å ivareta kvalitetsbehov og sikkerhet hos pasienter/brukere.

Departementet ser at det foreligger enkelte argumenter som kan tale for å innføre en egen godkjenningsordning for alternative behandlere. Villkårene for å få autorisasjon etter helsepersonelloven er såpass strenge at slik autorisasjon kan synes uopnåelig for mange av utøvergruppene, jf. nærmere om dette under pkt. 13.5.2. Ved en autorisasjonsvurdering vil det blant annet måtte legges vekt på i hvilken grad aktuelle personellgrupper kan dokumentere at den behandlingsform de tilbyr har behandlingseffekt, enten basert på forskningsresultater eller systematisk erfaring. For mange behandlingsformer innenfor området alternativ behandling er effektdokumentasjonen enten utilstrekkelig eller manglende. I forhold til dette vurderingskriteriet må det således legges til grunn at flere av behandlingsformene ikke på lang tid vil kunne fremlegge tilfredsstillende effektdokumentasjon.

I forlengelsen av dette vil det kunne hevdes at for denne gruppen vil en egen godkjenningsordning som stiller andre og mindre strenge krav enn det som følger av helsepersonelloven, kunne være et alternativ. Det offentlige ville da til en viss grad kunne stille faglige kvalitetskrav både til utdanningen og selve yrkesutøvelsen, samt innføre andre bestemmelser for eksempel om taushetsplikt, informasjonsplikt, dokumentasjonsplikt mv. En slik godkjenningsordning ville dermed kunne bidra til å oppnå et skille mellom såkalt seriøse og useriøse utøvere, samtidig som ordningen til en viss grad ville ivareta pasientsikkerhet.

Videre viser departementet til at det offentlige gjennom en slik godkjenningsordning i større grad

ville kunne føre tilsyn og kontroll med utøverne og deres yrkesutøvelse, herunder den faglige delen av virksomheten.

Slik departementet ser det kan det imidlertid anføres en rekke argumenter mot å innføre en slik egen godkjenningsordning. For det første viser departementet til at det i høringsrunden var så å si samlet motstand mot dette, også blant de utøverorganisasjoner som hadde uttalt seg. Flere av utøverorganisasjonene ønsket en offentlig godkjenning, men i form av autorisasjon etter helsepersonelloven.

Dernest viser departementet til at dersom det offentlige først skal godkjenne ulike grupper alternative behandlere for å behandle pasienter, bør dette skje etter tilsvarende strenge vilkår som gjelder for helsepersonell etter helsepersonelloven. Hensyn til pasientsikkerhet og kvalitetsbehov vil i stor grad gjøre seg gjeldende også overfor utøvere av alternativ behandling. Hvis en eventuell godkjenning skal gis på tilnærmet samme vilkår som for helsepersonell, vil det være byråkratisk og ressursløsende å bygge opp et parallelt godkjenningsapparat for alternative behandlere.

Dersom det innføres en godkjenningsordning for alternative behandlere som stiller mindre strenge krav enn det som følger av helsepersonelloven, vil ikke helsemyndighetene på samme måte ha gått god for det faglige innhold i disse behandlingsformene. Det vil imidlertid være en fare for at brukerne ikke ser denne forskjellen mellom på den ene siden autorisert helsepersonell og på den andre siden «offentlig godkjent» alternativ behandler. Slik sett vil ordningen lett kunne bli oppfattet som å være et offentlig kvalitetsstempel utover hva det reelt sett er grunnlag for. Dette vil særlig være tilfelle dersom godkjenningen blir markedsført på en unyansert eller villedende måte.

Et ytterligere argument mot en egen godkjenningsordning følger av helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 2. Etter denne bestemmelsen er personell som arbeider innenfor helsetjenesten og som yter helsehjelp uten å inneha autorisasjon (for eksempel en akupunktør som er ansatt ved en fødeavdeling), å anse som helsepersonell etter loven. Helsepersonellet (akupunktøren) er således underlagt blant annet helsepersonellovens bestemmelser om forsvarlighet, taushetsplikt mv. I forhold til den gruppen alternative behandlere som arbeider i helsetjenesten, er dermed behovet for en egen godkjenningsordning mindre.

Endelig viser departementet til at den totale gruppen av alternative behandlere er preget av stor bredde og store variasjoner når det gjelder behandlingsfilosofi, faglig bakgrunn samt utdanningsleng-

de og – innhold. Det vil derfor være vanskelig å fastsette kriterier for en eventuell godkjenningsordning som vil være anvendelig for hele gruppen. Dette vil i så fall forutsette et betydelig arbeid knyttet til å få oversikt over utdanningsfeltet, for deretter å fastsette standarder for utdanning som skal lede frem til slik godkjenning.

Under henvisning til ovenstående vil departementet ikke foreslå å opprette en særskilt godkjenningsordning for alternative behandlere. Departementet legger her særlig vekt på at det blant høringsinstansene var så å si samlet motstand mot en slik godkjenningsordning. Videre mener departementet at dersom det offentlige først skal godkjenne grupper av alternative behandlere for å behandle pasienter, bør dette skje etter tilsvarende strenge vilkår som gjelder for helsepersonell etter helsepersonelloven. Godkjenning på mindre strenge vilkår vil riktignok kunne innebære en viss grad av kontroll eller kvalitetsgaranti av de aktuelle personellgrupper, men en slik mellomløsning vil kunne virke forvirrende for brukerne, spesielt dersom ordningen markedsført på en unyansert eller villedende måte.

13.5.2 Spørsmålet om autorisering av nye personellgrupper etter helsepersonelloven

Departementet viser innledningsvis til Budsjettinnstilling S. nr. 11 (2001–2002) hvor det under Kap. 701 Forskning og forsøksvirksomhet, blant annet er uttalt:

«Komiteen viser til en enstemmig merknad i Innst. S. nr. 172 (2000–2001) som ble behandlet i Stortinget 27. mars 2001, hvor komiteen anfører følgende:

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en Stortingsmelding om alternativ medisin med utgangspunkt i Aarbakke-utvalgets innstilling i løpet av 2002.»

På denne bakgrunn fremmet komiteen følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en Stortingsmelding om alternativ medisin med utgangspunkt i Aarbakke-utvalgets innstilling snarest og senest i løpet av 2002. Regjeringen bes i den forbindelse også å vurdere autorisasjon av nye helsepersonellgrupper.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til brev fra Norske homeopaters landsforbund til Sosial- og helsedepartementet datert 19. juni 2001 hvor det søkes om autorisasjon for homeopater. I sitt svarbrev datert 17. septem-

ber uttaler departementet at en ikke på dette tidspunkt vil vurdere autorisasjon av nye helsepersonellgrupper før etter at helsepersonelloven har vært virksom i minst tre år. Disse medlemmer er ikke enig med departementet i denne vurderingen, og ber om at departementet også vurderer autorisasjon av nye helsepersonellgrupper som har tilknytning til Aarbakke-utvalgets innstilling, når meldingen om denne legges fram for Stortinget i løpet av 2002.»

Som nevnt i pkt. 13.1 kan nye personellgrupper gis autorisasjon som helsepersonell etter helsepersonelloven § 48. Slik autorisering kan skje ved lovendring av § 48 første ledd eller ved at det med hjemmel i § 48 fjerde ledd bestemmes ved forskrift, idet det her heter:

«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.»

Begrunnelsen for helsepersonellovens autorisasjonsordning og det nærmere innhold i autorisasjonsbegrepet er redegjort for i punkt 13.1.

Departementet legger til grunn at hensyene bak autorisasjonsordningen er å sikre pasientens og samfunnets tillit til de autoriserte yrkesgruppene, og å ivareta pasientens sikkerhet. Utdanningskravene og reaksjonssystemet er satt opp i den hensikt å sikre pasienten.

Autorisasjonsinstituttet er også et viktig offentlig styringsmiddel innen helsetjenesten. At en gruppe er autorisert helsepersonell innebærer en aksept og godkjenning fra helsemyndighetenes side, av den behandlingsformen som gruppen yter. Dersom myndighetene velger å autorisere grupper av alternative behandlere som helsepersonell vil den/de aktuelle behandlingsformen(e) bli en del av den etablerte helsetjenesten og regnes som forsvarlig metode. Altså må man før nye personellgrupper eventuelt autoriseres, forsikre seg om at det er grunnlag for dette.

Dersom nye grupper skal autoriseres vil disse rettslig sett sidestilles med de grupper som er autorisert i dag, og de vil bli underlagt de plikter og rettigheter som følger av helselovgivningen. Dette vil innebære at den forventningen eller «garanti» pasientene har for blant annet faglig forsvarlig behandling og ivaretagelse av pasientrettigheter også vil gjelde overfor eventuelle nye grupper helsepersonell.

Det administrative reaksjonssystemet er en sen-

tral del av denne «garantiordningen». Statens helsetilsyn/fylkeslegene fører i dag tilsyn med helse-tjenesten og alt helsepersonell. Eventuell autorisering av grupper alternative behandlere vil innebære en utfordring for tilsynsetaten som sannsynligvis vil måtte bygges ut med relevant kompetanse. Forsvarlighetskravet vil også måtte vurderes opp mot de aktuelle metoder.

At en gruppe utøvere har autorisasjon som helsepersonell innebærer også at disse vil ha en beskyttet tittel. Det er viktig at helsepersonell med offentlig godkjenning har den nødvendige tilliten både hos allmennheten generelt og hos den enkelte pasient spesielt.

Autorisasjon har ikke som konsekvens en offentlig finansiering, for eksempel stønad fra folketrygden til dekning av utgifter ved behandling hos den autoriserte helsepersonellgruppen, jf. kapittel 15.

Ved vurderingen av om nye grupper skal autoriseres, og eventuelt hvilke, følger det av helsepersonelloven § 48 fjerde ledd at det skal legges vekt på «innhold og formålet med utdanningen». Som nevnt i punkt 13.1 uttales det i forarbeidene at en betingelse for en autorisasjonsordning er at helsemyndighetene finner det helsefaglige innhold i utdanningene tilfredsstillende. Ved denne vurderingen bør det blant annet vektlegges «om utdanningen i hovedsak er forskningsbasert», jf. Ot.prp. nr. 13 (1998–99) side 129. Etter departementets oppfatning må det derfor ved vurderingen av om nye grupper skal autoriseres, også kunne legges vekt på i hvilken grad det foreligger dokumentert effekt av de behandlingsformer som gruppen benytter. Dokumentert behandlingseffekt kan anses for å foreligge på bakgrunn av en systematisert gjennomgang av forskningsresultater. Det kan også være aktuelt å legge vekt på omfattende og systematisert klinisk erfaring.

Når det gjelder pasientsikkerhetsperspektivet etter helsepersonelloven § 48 fjerde ledd, legger departementet til grunn at dersom en behandlingsmetode anses å ha effekt vil det være større grunn til å autorisere grupper der ukyndig bruk av behandlingsmetoden kan medføre fare for skade eller bivirkninger, enn der behandlingen ikke kan få slike konsekvenser.

De fleste alternative behandlere har en svært selvstendig arbeidssituasjon, jf. helsepersonelloven § 48 fjerde ledd. Det meste av virksomheten foregår i private klinikker, gjerne i mindre arbeidsfellesskap med andre faglig likestilte og selvstendige behandlere, eller behandleren driver virksomhet helt alene. Selvstendigheten i arbeidssituasjonen er ofte større enn for mange allerede autoriserte grup-

per. For mange alternative behandlere vil således dette vilkåret for autorisasjon være oppfylt.

Departementet legger videre til grunn at det ved spørsmål om eventuell autorisasjon må kunne legges en viss vekt på i hvilken grad behandlingsformen er utbredt i Norge. Dersom faget har svært få utøvere eller om norsk utdanning er fraværende eller mangelfull, kan dette være argumenter mot autorisering. I prinsippet kan imidlertid autorisasjon vurderes gitt også dersom det kun er nærmere definerte utenlandske utdanninger som holder et slikt nivå at det kan være aktuelt med autorisasjon.

Som nevnt ovenfor følger det av lovens ordlyd (jf. § 48 fjerde ledd) og forarbeidene at det ved spørsmål om autorisasjon av nye personellgrupper, skal legges vekt på forhold knyttet til utdanningen. Som redegjort for i kapittel 4 og kapittel 11 er utdanningssituasjonen når det gjelder alternative behandlere uoversiktlig, og det er til dels svært store forskjeller mellom de ulike behandleres utdanning, både hva gjelder utdanningens omfang og innhold, faglige krav, opptakskrav osv. Dette gjelder både de ulike behandlergruppene i mellom, men også innad innenfor den enkelte behandlingsform. I den forbindelse kan det vises til at det finnes flere utdanninger innen akupunktur og homøopati, samtidig som det er til dels store forskjeller når det gjelder utdanningenes omfang og innhold.

Ettersom spørsmålet om eventuell autorisasjon henger nært sammen med omfang av og innhold i utdanningene, anser departementet det for å være prematurt å vurdere autorisasjon av grupper av alternative behandlere på det nåværende tidspunkt. Departementet anser at det er behov for en utredning av utdanningsfeltet når det gjelder enkelte former for alternativ behandling, jf. pkt 11.4. Som vist til foran er det i Ot.prp. nr. 13 (1998–99) anført at en betingelse for en autorisasjonsordning er at helsemyndighetene finner det helsefaglige innholdet i utdanningen tilfredsstillende. Helsemyndighetene har pr. i dag ikke foretatt slik vurdering, og har heller ikke faglige forutsetninger eller grunnlag for å gjøre slik vurdering.

Departementet viser også til tidligere uttalelse fra Stortinget i tilknytning til behandling av St.meld. nr. 50 (1993–94) Om samarbeid og styring – mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste. Regjeringen ble i romertallsvedtak bedt om å oppnevne et utvalg for å utrede hvilken plass alternativ behandling skulle ha innenfor det samlede helsevesen (Aarbakke-utvalget). I tillegg ble Regjeringen bedt om å

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

Som nevnt under pkt. 13.4 har både osteopater, homøopater, akupunktører og naprapater det siste halvannet året søkt om autorisasjon etter helsepersonelloven. Departementet har avslått disse søknadene under henvisning til at helsepersonelloven bør virke i 2–3 år før nye grupper autoriseres, samt at spørsmål om autorisasjon bør utstå til etter at denne odelstingsproposisjonen er behandlet av Stortinget.

Slik departementet ser det er behandlingsformene osteopati og naprapati de to alternative behandlingsformer som har størst likhetstrekk med behandlingsformer som i dag utøves av autoriserte grupper. Utdanningsopplegg og forklaringsmodeller for osteopati og naprapati har en god del felles med fysioterapi og kiropraktikk. De representerer alle ulike former for manuelle behandlingsformer, og grunnutdanningen er av minst tre års varighet på høghskolenivå. I tillegg utføres osteopati og naprapati i stor grad av fysioterapeuter, som allerede er autorisert etter helsepersonelloven.

Departementet viser også til at det i de europeiske land stort sett synes å være politiske, kulturelle eller tradisjonsbundne begrunnelser for hvorfor enkelte personellgrupper er godkjent/autorisert i ett land, men ikke i et annet. I Sverige er naprapater autorisert som helsepersonell, men yrkestittelen er ikke beskyttet. I Finland finnes det godkjenningsordninger for både naprapater og osteopater slik at disse utgjør grupper av yrkesutdannet helsepersonell med beskyttet tittel. I Storbritannia er osteopatene autorisert/godkjent ved egen lov, etter samme ordning som gjelder for ordinært helsepersonell. Videre vurderer Frankrike regulering av kiropraktorer og osteopater.

De norske naprapatene utdannes i all hovedsak ved Naprapathøgskolan i Stockholm. For å bli medlem i Norges Naprapatforbund kreves det godkjent utdanning fra denne skolen, eller tilsvarende utdanning fra andre land. Norske osteopater utdannes i Norge ved den private institusjonen Norsk Høgskole i Osteopati, og for opptak kreves det medisinsk embedseksamen eller fysioterapieksamen. De langt fleste osteopater i Norge er allerede autoriserte fysioterapeuter. Osteopati kan dermed også sees på som en «spesialistutdanning» innenfor fysioterapi.

Under henvisning til ovenstående vil departementet foreslå å gjennomføre en utredning som omfatter de fire gruppene manuelle terapiformer (osteopati, naprapati, kiropraktikk og fysioterapi), med tanke på en sammenligning av henholdsvis behandlingsformene, graden av dokumentert effekt, utdanningenes faglige innhold og omfang. Hensikten med en slik utredningen vil i såfall være å vur-

dere om osteopati og naprapati bør autoriseres som selvstendige helsepersonellgrupper etter helsepersonelloven. En konsekvens av eventuell autorisering er at utdanningens innhold og omfang må godkjennes. Departementet vil derfor vurdere organisering av denne utredningen i sammenheng med den foreslåtte utredning om innholdet i utdanningene, jf. pkt. 11.4.10.

Som nevnt har også homøopatene og akupunktørene søkt om autorisasjon, men fått avslag. I NOU 1998:21 er det i kapittel 13 vurdert i hvilken grad ulike alternative behandlingsformer kan sies å ha dokumentert effekt. Det fremgår at det for aku-

punktur kan legges til grunn en viss dokumentert behandlingseffekt i forhold til nærmere bestemte lidelser. Dette er nylig bekreftet av Sosial- og helsedirektoratet, jf. kapittel 6.

Akupunktur og homøopati kommer i en annen kategori enn osteopati og naprapati. Ingen av disse gruppene har offentlig godkjenning/autorisasjon i nordiske land. Det gis heller ingen utdanning ved offentlig godkjente utdanningsinstitusjoner i Norden som fører frem til yrkestittel eller godkjent grad. Av disse grunner foreslås derfor i første omgang en utredning av utdanningsfeltet når det gjelder akupunktur og homøopati, jf. pkt. 11.4.

14 Registerordning for utøvere av alternativ behandling

14.1 Innledning – gjeldende rett

Som nevnt under kapittel 13 finnes det i dag ingen godkjennings- eller autorisasjonsordning for alternative behandlere. Det finnes heller ingen offentlig registerordning for utøvere av alternativ behandling.

Med offentlig registerordning siktes det i denne sammenheng til et register opprettet av offentlige myndigheter, og hvor det offentlige oppstiller nærmere bestemte vilkår for registrering. Det siktes her ikke til de forskjellige næringsregistre som alternative behandlere kan være registrert i, for eksempel i kraft av å være selvstendig næringsdrivende eller som ansatt i selskap, sammenslutning eller lignende som tilbyr ulike former for alternativ behandling.

Utøverorganisasjoner fører register eller lister over organisasjonens medlemmer, men dette er ikke å anse for en offentlig registerordning. Å være del av et slikt medlemsregister er frivillig. Det er ikke krav om medlemskap i yrkesorganisasjon/fagorganisasjon for å utøve alternativ behandling. Vilkårene for å bli medlem i de ulike organisasjonene varierer, men gjennomgående stilles det visse krav til gjennomført utdanning. En rekke organisasjoner har også vedtektsfestet for eksempel etiske retningslinjer og regler om taushetsplikt. I tillegg har flere organisasjoner opprettet egne fagetiske organer som blant annet behandler klager på medlemmenes yrkesutøvelse. Brudd på medlemsvilkårene vil kunne medføre eksklusjon fra organisasjonen/foreningen.

Flere organisasjoner består utelukkende av medlemmer med utdanning innenfor ett fagområde eller en behandlingsform, for eksempel Norges Naprapatforbund, mens andre organisasjoner mer fremstår som paraplyorganisasjoner hvor en lang rekke fagretninger/behandlingsformer er representert. Eksempel på dette er Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon som har medlemmer innenfor et stort antall ulike fagretninger/behandlingsformer.

En offentlig registerordning for alternative behandlere kan være basert på at registreringen skal være frivillig. Det kan imidlertid også tenkes ordninger hvor registrering er et krav fra myndighe-

ne for å kunne utøve virksomhet som alternativ behandler. Et register for alternative behandlere kan opprettes for nærmere definerte formål, og dermed også med ulike vilkår for registrering. Et hovedskille her går mellom registre som kun har til formål å tjene som et næringsregister, og registre som mer tar sikte på å være et behandlings- og utøverregister. Når det gjelder sistnevnte type register vil vilkårene for registrering ofte være knyttet opp mot faglige krav, for eksempel krav til gjennomført utdanning. Videre kan det tenkes krav om medlemskap i yrkes-/fagorganisasjon som vilkår for registrering. Det kan også tenkes mellomformer, det vil si registre som har elementer av begge de nevnte formene for register.

14.2 Forslag i NOU 1998:21 Alternativ medisin

I Aarbakke-utvalgets mandat het det i pkt. 5 at utvalget skulle:

«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.»

Utvalget har behandlet dette spørsmålet i NOU-ens pkt. 15.3. Under pkt. 15.3.1 uttales det at

«(B)lant flere mulige reguleringsmåter (...) 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 registerordning er å skille mellom behandlere på grunnlag av et sett kriterier.»

Utvalget har deretter vist til Stortingets ønske om at

«arbeidet med å skille ut de seriøse utøvere av alternativ medisin i et eget register må intensiveres.»

Etter dette har utvalget påpekt at det kan være problematisk å fastslå hva som i denne sammenheng skal legges i uttrykket «seriøs», og at det ikke er enkelt å lage en ordning som skiller mellom «se-

riøse» og «useriøse» utøvere av alternativ behandling.

Det påpekes at et felles register vil gjøre det lettere for pasienter å finne frem til utøvere som er registrert, og at administreringen av registeret vil bli enkel dersom kriteriene for registrering begrenses til lett kontrollerbare opplysninger. Vilåårene for registrering bør begrunnes i pasientenes krav på trygghet og integritetsvern.

Forslag om lovhjemlet registerordning

På bakgrunn av dette foreslo utvalget at det med hjemmel i lov opprettes en frivillig registerordning for helsepersonell og andre som tar syke i kur, og som anvender alternativmedisinske behandlingsmetoder. Formålet med å innføre en slik registerordning er at dette vil bidra til å skille mellom såkalt seriøse og useriøse utøvere, først og fremst ved at ordningen vil sikre at utøverne er bundet av yrkesetiske retningslinjer.

Registerordningen ble foreslått hjemlet i nytt kapittel i helsepersonelloven med bestemmelser rettet mot andre enn helsepersonell. Den foreslåtte lovbestemmelsen var kun en hjemmel for Kongen til å gi forskrift om en registerordning, men var formulert slik at forskrift skulle gis dersom Stortinget vedtok bestemmelsen. Når det gjelder de nærmere vilåå for å bli registrert, samt plikter og rettigheter som registrert, foreslo utvalget at dette fastsettes gjennom forskrift. Utkast til slik forskrift er inntatt i NOUen, og forskriftsutkastet er også inntatt som vedlegg nr. 6 til denne odelstingsproposisjonen.

Departementet skal godkjenne organisasjoner på nærmere vilåå

En registerordning som den utvalget foreslo, innebærer at departementet etter bestemte vilåå skal godkjenne utøverorganisasjoner for alternative behandlere. For at organisasjonens medlemmer skal kunne bli registrert i registerordningen, må nærmere bestemte vilåå ved organisasjonen være oppfylt, jf. forskriftsutkastet § 2 andre ledd. I tråd med dette skal departementet bare godkjenne organisasjoner som har:

- Vedtekter som stiller faglige krav som vilåå for medlemskap. Departementet skal imidlertid ikke foreta noen vurdering av innholdet eller omfanget av de faglige krav som stilles, men kun påse at den enkelte organisasjon har fastsatt nærmere bestemte krav for rett til medlemskap, herunder faglige krav.
- Yrkesetiske regler som er bindende for medlemmene.

- Vedtektsfestet klagerett for pasienter på medlemmenes yrkesfaglige adferd med behandling i et yrkesetisk råd og mulighet for utelukkelse av medlemmer som utviser yrkesfaglig adferd i strid med de yrkesetiske regler og retningslinjer.
- Minst 30 medlemmer.

Vilåå for å bli registrert

Vilåårene for at utøverne skal kunne bli registrert i registeret, fremgår av forskriftsutkastet § 2 første ledd og § 4, og den som ønsker registrering må dokumentere at vilåårene er oppfylt. Utøveren må dokumentere at han:

- Er medlem av en organisasjon som er godkjent av departementet.
- Har gyldig forsikring eller sikkerhet som dekker det erstatningsansvar han kan pådra seg ved behandlingsvirksomheten. Departementet fastsetter minimumsbeløp og nærmere vilåå.
- Drev virksomhet som behandler i det foregående år. Dette skal dokumenteres ved innsendelse av årsoppgjør/næringsoppgave for det foregående år eller bekreftelse fra arbeidsgiver på ansettelsesforhold.

Vilååret i § 2 første ledd om at utøveren må drive virksomhet som behandler forutsettes ikke dokumentert nærmere.

Rettigheter og plikter som registrert

Utvalget foreslo at den som blir registrert skal få *rettigheter* i form av at han kan bruke betegnelsen «offentlig registrert» i tilknytning til sin yrkestittel, jf. forskriftsutkastet § 11. Den registrerte vil imidlertid også bli pålagt *plikter*. Av forskriftsutkastet § 5 følger at han skal melde fra om flytting, og melde fra dersom vilåårene for registrering ikke lenger er til stede. Av utkastets §§ 6 og 7 følger videre at han må betale et registreringsgebyr og en årlig avgift. Ytterligere plikter følger indirekte av utkastets § 2 hvor det fremgår at godkjente organisasjoner skal ha mulighet for å utelukke medlemmer som utviser yrkesfaglig atferd i strid med de yrkesetiske regler. Den registrerte plikter således å drive i samsva med organisasjonens yrkesetiske regler.

Finansiering og drift av registeret

Utvalget har foreslått at det offentlige skal dekke kostnadene forbundet med etablering av registeret, men at dette kan søkes dekket inn igjen ved å kreve et gebyr ved førstegangsregistrering, jf. forskriftsutkastets § 6. Når det gjelder de årlige driftskostna-

der er det foreslått at dette skal dekkes gjennom de registrertes årsavgift, jf. utkastets § 7.

Overslag over kostnadene ved etablering og drift av registeret er inntatt i NOUen kapittel 16. Der anslås 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 beløpene fremkommer etter at det offentlige har forskuttert utgifter til etablering og drift første år, og deretter fått mesteparten tilbake gjennom registreringsgebyr og årsavgift for første år. Kostnader som eventuelt ikke dekkes av utøvernes gebyr/avgifter foreslås belastet den fellespott som utvalget har anbefalt blir bevilget til feltet alternativ behandling over en femårsperiode.

Utvalget har videre lagt til grunn at den faglige delen av registeransvaret skal legges på foreningene, mens driften av selve registeret skal være offentlig, nærmere bestemt ved Brønnøysundregistrene. Når det gjelder nærmere saksbehandlingsregler i tilknytning til registreringen, herunder ansvars- og arbeidsfordelingen mellom de godkjente organisasjonene og Brønnøysundregistret, er dette i liten grad diskutert av utvalget.

Utvalgets vurdering av den foreslåtte registerordning

Utvalget legger til grunn at de fleste seriøse utøvere av alternativ behandling ønsker en form for anerkjennelse, og at de derfor vil ønske å være registrert.

Sett fra pasientens ståsted viser utvalget til at kvalitetssikringshensyn taler 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, mot økonomisk utnyttning og uforsvarlig håndtering av pasientopplysninger. Som nevnt skal utøvere som driver i strid med organisasjonens yrkesetiske regler, kunne utelukkes fra organisasjonen, noe som vil innebære at vedkommende ikke lenger oppfyller vilkårene for å forbli registrert. Det er også et vilkår for å bli/forbli registrert, at man har forsikring eller annen sikkerhetsstillelse.

Videre vises det til at registrering vil gi økt status og aksept, og at dette sannsynligvis vil medføre at useriøse utøvere vil innordne seg etter de nødvendige kriterier for å bli registrert. Endelig vises det til at ordningen er lite kostnadskrevende, og at godkjenningsprosedyren vil medføre tettere bånd mellom utøvermiljøene og offentlige helsemyndigheter.

Det argument som veier tyngst mot en registre-

ring, er etter utvalgets oppfatning at ordningen kan skape falske forhåpninger om effekt av de ulike behandlingsformer. Dette vil imidlertid kunne motvirkes ved å gi nøktern informasjon om registerordningens funksjon og virkemåte.

14.3 Høringsinstansenes syn

Blant høringsinstansene har meningene vært delte i forhold til forslaget om en frivillig registerordning for utøvere av alternativ behandling. Dette gjelder både i forhold til om det bør innføres en slik ordning, og i forhold til hvilke vilkår som i såfall skal stilles for registreringen. Når det gjelder sistnevnte går skillet særlig på om det offentlige skal stille faglige krav som vilkår for registrering eller om dette skal overlates til organisasjonene selv. Flere har påpekt at den foreslåtte ordning vil kunne oppfattes som om det offentlige har foretatt en faglig vurdering og godkjenning av de behandlingsformer som de registrerte utøverne tilbyr.

Flere høringsinstanser har vært generelt positive til en registerordning, men noen har uttrykt uenighet i forhold til nærmere bestemte deler av registerordningens innhold. En del høringsinstanser har vært avvisende til en registerordning. Enkelte andre høringsinstanser har klart gitt uttrykk for at registerordningen ikke bør inntas i helsepersonelloven, selv om de ikke nødvendigvis har tatt avstand fra selve ordningen.

14.3.1 Offentlige instanser og utdanningsinstitusjoner

Arbeids- og administrasjonsdepartementet har uttalt at:

«Samtidig som de foreslåtte ordningene dekker behovet for å sikre kvaliteten på utøvere kan en risikere at kravet om tilslutning til en bransjeorganisasjon vil vanskeliggjøre nyetableringer og redusere konkurransen i markedet. Dette har en i konkurransemyndighetenes praksis særlig sett eksempler på i forbindelse med vedtekter og yrkesetiske regler, som ofte har inneholdt bestemmelser som regulerer konkurransen mellom utøverne og dermed vil kunne være forbudt i henhold til konkurranseloven. (...) I forbindelse med at Sosial- og helsedepartementet skal godkjenne de enkelte yrkesfaglige organisasjonene gjør vi oppmerksom på denne problemstillingen og ber departementet om å ta kontakt med Konkurransetilsynet dersom det oppstår spørsmål om reglene til en organisasjon kan være i strid med konkurranseloven.»

Det fremgår at Arbeids- og administrasjonsdepartementet ved sin høringsuttalelse har tatt utgangspunkt i innhentet uttalelse fra *Konkurransetilsynet*, som i tillegg blant annet har uttalt at det

«(...) er generelt skeptisk til at utøvere innen et yrke må være tilsluttet et bransjeforbund for å få godkjenning til å praktisere yrket. Slike ordninger kan blant annet bidra til å vanskeliggjøre nyetableringer og redusere konkurransen i markedet. Tilsynet ser imidlertid at det er behov for å sikre kvaliteten på utøvere innen alternativ medisin og at medlemskap i en offentlig godkjent bransjeorganisasjon som stiller krav til faglig kvalitet kan være et virkemiddel for å gjøre dette. Dette gjelder spesielt for utøvere som ikke har noen form for offentlig godkjent utdanning innenfor sitt felt. I forbindelse med kravet om yrkesetiske regler mener Konkurransetilsynet at organisasjonene bør informeres om at disse reglene bare skal omfatte forhold som gjelder den faglige utøvelsen av yrket.»

Statens helsetilsyn går imot en registerordning slik den er foreslått av utvalget. For det første vises det til at registerordningen ikke vil ivareta brukernes behov for trygghet, idet

«(D)e kriterier utvalget samlet sett oppstiller for slik registrering og godkjenning, er etter Helsetilsynets oppfatning for få til å gi brukerne av alternativ medisin veiledning mht. å skille mellom seriøse og useriøse utøvere. (...) Med andre ord er det etter vårt syn ikke forholdsmessighet mellom på den ene side de foreslåtte kriterier for registrering av utøvere og godkjenning av foreninger, og på den annen side det man vil oppnå med ordningen, nemlig å identifisere de seriøse utøverne.»

For det andre vises det til at en registerordning med hjemmel i helsepersonelloven vil gi et feil signal til publikum, idet

«(O)rdningen vil kunne oppfattes som en offentlig godkjenning eller lignende basert på faglige kriterier og derved skape falsk trygghet hos publikum.»

For det tredje vises det til problemer knyttet til at registreringsordningen skal bidra til å gi terapeutene større anerkjennelse. Under henvisning til det store antall forskjellige behandlingsformer, samt manglende effektdokumentasjon, uttales det at å benytte registerordningen til å gi denne gruppen større anerkjennelse

«(...) fortøner seg uforvarslig med tanke på de urealistiske forventningene dette vil skape hos publikum.»

For det fjerde vises det til at de fleste organisasjoner allerede har yrkesetiske retningslinjer, inkludert regler om taushetsplikt, og at en registerordning dermed ikke vil sikre at utøverne blir bundet av slike regler i større grad enn hva som allerede er tilfellet.

Statens helsetilsyn har etter dette uttalt at en registerordning ikke bør være hjemlet i helselovgivningen, og at de bare kan støtte en registerordning dersom denne inngår som et næringsregister i Brønnøysundregistrene, og uttaler i den forbindelse:

«Gitt visse forutsetninger ser vi forslaget til en registerordning lagt til Brønnøysundregistrene som en mulighet til å skape ordnede forretningsmessige forhold blant utøvere av alternativ medisin. (...) Et register bør da ikke bygge på faglige kriterier.»

Helsetilsynet

«(...) går imot at Sosial- og helsedepartementet i tilknytning til en registerordning skal ha ansvar for godkjenning av organisasjonene. En slik godkjenning vil bli å kunne benyttes av organisasjonene til markedsføring av ulike behandlingsformer.»

Også flere av *fylkeslegene* har vært bekymret for at en offentlig registrering kan oppfattes som en offentlig kontroll og aksept utover det som ligger i registreringen, og at befolkningen vil sette likhetstegn mellom offentlig registrering og autorisasjon/godkjenning.

Datatilsynet har ikke kommentert hvilke kriterier som skal være avgjørende for registreringen. Datatilsynet har imidlertid påpekt viktigheten av at frivillighetsaspektet knyttet til registreringen kommer klart frem. Den som blir registrert må vite at registreringen er frivillig, og at registerordningen innebærer at de registrerte utøverne samles i et register. Det uttales i den forbindelse blant annet at:

«Når det opprettes et register basert på frivillighet, er det viktig at den registrerte har full informasjon om registeret og bruken av dette, slik at samtykke til registrering blir reelt.»

Det påpekes deretter

«(...) at det er vanskelig å se at loven med forskrifter legger opp til en klar formålsavgrensing.»

Det vises til at dette er en viktig forutsetning for den registrertes samtykke, og at det også bør avklares hvem som skal få ut opplysninger fra registeret,

i hvilken form og i hvilke sammenhenger utlevering skal skje.

Samtlige av de *fylkeskommuner* som har uttalt seg, støtter forslaget om å innføre en registerordning.

Universitetet i Oslo (UiO) uttaler at det er

«(...) meget problematisk å skille mellom seriøse og useriøse utøvere av en virksomhet som unndrar seg systematisk prøving. Utvalget har da også gått bort fra dette kriteriet og introduserer tre nye kriterier hvorav det ene er at vedkommende har tegnet ansvarsforsikring. Dette er imidlertid også et problematisk kriterium i forhold til virksomhet som ikke lar seg etterprøve, og hvor bevisbyrden derfor blir uforholdsmessig vanskelig for pasienten.»

UiO savner i den forbindelse også en drøftelse av rekkevidden av det offentliges eventuelle erstatningsansvar for registrerte utøvere av alternativ behandling.

UiO har forut for sin høringsuttalelse blant annet innhentet uttalelse fra *Det medisinske fakultet*. Fakultetet har om NOUens redegjørelse for de alternativmedisinske forklaringsmodeller uttalt at:

«Det er vanskelig å se hvordan disse forklaringsmåtene skal kunne angripes vitenskapelig og justeres ved systematisk empiri. I utredningen diskuteres muligheten for å skille mellom seriøse og useriøse alternativbehandlere. Det må kunne slås fast at utfra de ulike alternativskolenes teoribakgrunn vil et slikt skille være kunstig.»

Høgskolen i Agder viser til at en registerordning kan gi oversikt og at den vil kunne innføres uten store investeringer. Det stilles imidlertid spørsmålsteget ved kravet om organisasjonstilhørighet, idet dette ikke gjelder andre yrkesutøvere.

14.3.2 Utøverorganisasjoner mv.

Norsk Osteopat Forbund mener at faglige krav til utdanning, både hva angår kvalitet og kvantitet, bør legges inn i registreringsordningen. Dette vil gi en sterkere kvalitetssikring, hvor man ikke bare sikrer pasientene økonomisk, men også faglig. Krav om faglige kvalifikasjoner fastsatt av offentlige myndigheter, vil gjøre at registerordningen kan bidra til å skille mellom seriøse og useriøse utøvere.

Det norske Healerforbundet stiller seg kritisk til forslaget til registerordning, og viser til at

«(...) organisasjonsplikt vil være i utakt med den generelle organisasjonsfriheten som gjelder i

samfunnet. Vi tror at de kravene som stilles til registrering av utøvere, og som har som hensikt å sikre brukerne, kan ivaretas av organisasjonene og det generelle lovverket uten at man trenger et tungrodd offentlig registreringssystem.»

Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon (NNH) støtter registerordningen, og mener denne ordningen er tilstrekkelig til at pasientene får den informasjon de har behov for, samtidig som de vil stå fritt til å velge også uregistrerte utøvere. NNH uttaler videre:

«Likevel mener vi det bør settes et minstekrav til utdanning og at det bør utvikles et felles etisk regelverk. NNH er av den oppfatning at kravet om 30 medlemmer i en organisasjon for å kunne ha betryggende disiplinærordninger mv., er lavt. 200 medlemmer ville vært en mer passende størrelse.»

14.3.3 Helsepersonellorganisasjoner mv.

Norske Fysioterapeuters Forbund støtter opprettelsen av en registerordning for medlemmer i godkjente foreninger

«(...) forutsatt at det også stilles faglige krav før medlemsskap innvilges. Bare ved å stille både driftsmessige og faglige krav kan et register være med å trygge pasientens sikkerhet.»

Dette synet støttes av *Norsk kiropraktorforening* som uttaler at

«(D)et er viktig at en registerordning gir reell informasjon som muliggjør det å vurdere utøvers formelle kompetanse.»

Foreningen vil derfor

«(...) foretrekke en ordning hvor man legger vekt på utdanning, felles standard og minimums krav til medisinsk faglig basal kunnskaper.»

Videre bemerkes at det kan være vanskelig for befolkningen å se forskjellen mellom en offentlig registrert utøver og offentlig godkjent helsepersonell.

Den norske lægeforening fraråder at det etableres en registerordning, og uttaler blant annet:

«Registergrunnlaget vil være høyst forskjelligartet, og Legeforeningen mener at en registreringsordning vil kunne gi inntrykk av at utøveren er godkjent av en eller annen instans. Det er ikke utredet hva som vil være konsekvensen av å ikke la seg registrere, og det kan blant annet av den grunn vanskelig ses at et register vil kunne sikre samfunnet mot useriøse behandlere.»

Også *Norsk sykepleierforbund* går imot registerordningen, med mindre denne gjøres obligatorisk

og knyttes til retten til å utøve alternativ behandling. Det vises videre til at ordningen ikke vil kunne skille seriøse/useriøse aktører, og at det for mange brukere vil være vanskelig å oppfatte forskjellen mellom offentlig registrert og offentlig godkjent/autorisert.

Norges Apotekerforening støtter forslaget om registerordning, men påpeker at denne ikke må gi brukerne

«(...) overdrevne forventninger til effekt og beskyttelse. Hvis hensikten er at registerordningen skal gi brukere og pasienter reell beskyttelse, må kravene til dokumentasjon og yrkesutøvelse være tydeligere og mer omfattende enn det som utvalget foreslår.»

Etter foreningens syn må ordningen kunne omfatte krav om en viss kunnskap i medisinske basisfag. Det bør videre ikke stilles krav om medlemskap i godkjent organisasjon, idet dette hevdes å stride mot organisasjonsfriheten. Derimot kan det stilles krav om at den enkelte utøver tilfredsstiller kravene til medlemskap i en godkjent organisasjon.

14.3.4 Pasient-/brukerorganisasjoner

Norsk Homøopatisk Pasientforening mener at utgangspunktet må være pasientens rett til selv å velge hvilken behandlingsform han vil benytte. Foreningen understreker at pasienten uansett valg må være sikret en viss beskyttelse i form av lovregulering. Etter foreningens syn bør derfor registeret gjelde for alternativmedisinske behandlere som ønsker/godtar en viss offentlig regulering og minimumskrav til faglige og etiske forhold.

Norsk Revmatikerforbund viser til at den foreslåtte registerordning vil bidra noe til å ansvarliggjøre behandlerne, men stiller spørsmål ved hva som vil skje med de som velger å stå utenfor ordningen.

14.3.5 Utdanningsinstitusjoner innenfor alternativ behandling

Nordisk Akupunkturhøgskole støtter forslaget om innføring av en registerordning og de foreslåtte vilkår, men ønsker på sikt en offentlig autorisasjon for akupunktører.

Norsk skole for Tradisjonell Kinesisk Medisin kan bare akseptere ordningen dersom man registrerer en naturterapeut, og ikke enkelte terapier. Det vises i den forbindelse til at de fleste naturterapeuter praktiserer flere terapier og at ingen terapier bør settes over andre.

14.4 Utviklingen siden avgivelsen av NOU 1998:21 Alternativ medisin

Departementet har i løpet av det siste halvannet året mottatt søknader om autorisasjon for yrkesgrupper som utøver akupunktur, homøopati, osteopati og naprapati. Som nevnt ovenfor under pkt. 13.4 er alle disse autorisasjonssøknadene avslått.

Når det ellers gjelder forholdene på utøversiden, er departementet kjent med at det de senere år har skjedd noen endringer i form av sammenslåinger av enkelte utøverorganisasjoner, samt at det totale antall alternative behandlere har økt noe. Utover dette synes forholdene stort sett å være som beskrevet i NOUen.

På brukersiden kan det synes som om bruken av alternativ behandling har økt, og at alternativ behandling brukes for et større spekter av sykdommer og/eller lidelser, jf. nærmere om dette under kapittel 5.

14.5 Andre lands rett

Departementet er ikke kjent med at det i andre land er innført en offentlig, lovfestet registerordning for utøvere av alternativ behandling.

I Danmark har man imidlertid i flere år hatt to registre i regi av utøverorganisasjoner. Registrene er ulovfestede og registrering er frivillig. Registrene er initiert av utøverorganisasjonene, og Sundhedsstyrelsen har ingen annen rolle i utviklingen enn å gi råd. Høsten 2002 utredes etablering av et nytt register.

I Nederland er det innført et frivillig utøverregister for alle terapeutgrupper. Krav til registrering er knyttet til utdanning.

For en generell redegjørelse av andre lands rett når det gjelder alternativ behandling, viser departementet til kapittel 8.

14.6 Departementets vurdering og forslag

14.6.1 Innledning

Departementet har i pkt. 12.9 foreslått at det lovfestes en frivillig registerordning for helsepersonell og andre som utøver alternativ behandling. I de videre underpunkter i pkt. 14.6, skal departementet redegjøre for begrunnelsen for en slik registerordning, samt vurdere ordningens nærmere innhold.

Som nevnt i kapittel 2 har Stortinget påpekt vik-

tigheten av å intensivere arbeidet med å skille ut de seriøse utøverne av alternativ behandling i et eget register. Utover dette er Stortingets uttalelser knappe, og det er gitt få føringer i forhold til hvilke kriterier som skal legges til grunn for et skille mellom seriøse og useriøse utøvere.

I St.meld. nr. 26 (1999–2000) Om verdier for den norske helsetenesta, har departementet støttet hovedpunktene i de vurderinger som utvalget har gitt til kjenne i NOU 1998:21, herunder den ovenfor beskrevne registerordning.

På bakgrunn av Stortingets uttalelser legger departementet til grunn at det er et uttalt ønske eller en forutsetning at det i denne odelstingsproposisjonen vurderes forslag om virkemidler av en eller annen karakter som kan bidra til et klarere skille mellom seriøse og useriøse utøvere av alternativ behandling. Dersom det utelukkende skulle legges vekt på forskningsbasert dokumentasjon av behandlingseffekt, vil antakelig kun en begrenset del av akupunkturbehandling bli vurdert som seriøs, se nærmere ovenfor under kapittel 6 og kapittel 13. Departementet legger til grunn at det neppe kan være en slik innskrenket fortolkning Stortinget har ment.

Spørsmålet blir deretter om det på bakgrunn av annet faglig grunnlag kan fastsettes kriterier som virkelig skiller seriøse og useriøse. Til dette må det hevdes at det ikke finnes tilstrekkelig kunnskap om innhold i og omfang av den undervisning som gis innen feltet, og om innholdet i de ulike utøvergruppers yrkesutøvelse. Dette vil i så fall kreve et betydelig utredningsarbeid fra myndighetenes side. Som det fremgår av kapittel 13 er departementet heller ikke av den oppfatning at det bør innføres en egen offentlig godkjenningsordning for utøvere av alternativ behandling som stiller andre og mindre strenge krav enn det som følger av kravene for autorisasjon etter helsepersonelloven.

Da gjenstår så spørsmålet om en registerordning slik utvalget har foreslått kan bidra til å oppnå det ønskede skille mellom seriøse og useriøse utøvere av alternativ behandling. Slik departementet ser det inneholder denne registerordningen elementer som både går på forretningsmessig seriøsitet, og elementer som skal bidra til at det stilles visse faglige krav. Begge deler kan bidra til å sikre seriøsitet hos utøverne og kan dermed også bidra til å ivareta pasientsikkerhet.

I det videre vil departementet vurdere hvorvidt en registerordning kan være å anse for egnet i så måte, samt dernest drøfte hvilke vilkår som i såfall skal stilles til den som ønsker å bli registrert.

14.6.2 Begrunnelse for forslag om opprettelse av en registerordning

Som nevnt har departementet i pkt. 12.9 foreslått at det lovfestes en registerordning for helsepersonell og andre som utøver alternativ behandling. I det videre skal det redegjøres for departementets begrunnelsen for en slik registerordning.

Etter departementets oppfatning er de argumenter som taler for å opprette en registerordning, for det første at dette til en viss grad vil bidra til å skille mellom seriøse og useriøse utøvere, forutsatt at det stilles visse forretningsmessige og faglige krav til utøverne. En slik registerordning vil også medføre at pasientene får et noe bedre grunnlag for å fatte beslutninger om valg av behandler.

Dernest viser departementet til at det vil være summen av de ulike rettslige og utenomrettslige tiltak som vil være avgjørende for om man klarer å oppnå en økt grad av integrering og anerkjennelse av alternativ behandling. En registerordning vil slik sett være ett av flere tiltak som samlet må antas å ha effekt i så måte.

Videre vil en registerordning bidra til å skaffe oversikt over miljøet, og den kan også bidra til at miljøet selv ser behov for å organisere seg eller foreta en gjennomgang eller opprydding av et til dels uoversiktlig område, for eksempel ved å foreta en gjennomgang av utdanningsfeltet, ved utarbeidelse eller revisjon av yrkesetiske retningslinjer og/eller regler for pasientkontakt. Registerordningen vil videre signalisere en imøtekommenhet fra helsemyndighetene overfor utøvermiljøene.

Registerordningen vil også gjøre det lettere for myndighetene å etablere kontakter med miljøene, noe som ikke minst vil være viktig på lengre sikt. Særlig vil dette være fordelaktig i forbindelse med forskningsprosjekter og andre utenomrettslige tiltak som tar sikte på å oppnå økt informasjon om alternativ behandling og mer samarbeid mellom helsevesenet og alternative utøvere.

De argumenter som taler mot å opprette en registerordning, er slik departementet ser det, særlig at ordningen bare til en viss grad vil være egnet til å skille mellom seriøse og useriøse utøvere. Den ordning Aarbakke-utvalget foreslo legger ikke opp til at det offentlige skal foreta noen faglig vurdering av de som ønsker å bli registrert, og ordningen vil ikke innebære direkte offentlig kontroll med annet enn «forretningsmessig seriøsitet». Det overlates til yrkesorganisasjonene å stille faglige krav og påse at disse er overholdt når medlemskap innvilges. Det er imidlertid en forutsetning fra det offentliges side at det stilles faglige krav. Et reelt skille på faglig grunnlag vil sannsynligvis bare kunne skje ved

en godkjennings-/autorisasjonsordning. Som nevnt forutsetter dette i såfall et omfattende oppryddingsarbeid og arbeid knyttet til utarbeiding av kvalitetskrav til de ulike utdanningene.

Videre taler det mot registerordningen at dersom den ikke gjøres tvungen, vil de «useriøse» fortsatt kunne utøve sin virksomhet utenfor registerordningen ettersom det ikke er et krav om at man må være registrert for å kunne utøve alternativ behandling. Imidlertid er det viktig å påpeke at utøvere som av forskjellige årsaker ikke ønsker å være registrert, ikke nødvendigvis vil være å betegne som useriøse av den grunn. Også blant de som lar seg registrere, vil det kunne finnes useriøse utøvere, alt etter hva som legges i begrepet «useriøs». Hvem som skal betegnes som seriøs eller useriøs, vil i stor grad avhenge av hvem man spør.

En annen viktig innvending mot registerordningen, er at den av brukerne vil kunne oppfattes som om det offentlige har gått god for det faglige innhold i den behandling som den enkelte registrerte utøver tilbyr. Som nevnt har enkelte høringsinstanser særlig fremhevet dette aspektet. Spesielt dersom utøverne bruker begreper som «Offentlig registrert» i sin markedsføring, vil dette kunne oppfattes som om det offentlige går god for det faglige innholdet.

Endelig viser departementet til at registerordningen vil kreve noe ressurser av økonomisk og administrativ art, i hovedsak ved oppstarten. Se nærmere om dette i kapittel 16.

Selv om den foreslåtte registerordningen ikke fullt ut vil bidra til å skille mellom seriøse og useriøse på faglig grunnlag, er det departementets oppfatning at ordningen må antas å bidra noe i så måte. Ordningen vil bidra til en ivaretagelse av forbrukerperspektivet ved at den stiller krav om at de registrerte utøverne skal være medlem i godkjente organisasjoner. Som det vil bli redegjort for i punkt 14.6.4 vil departementet anbefale at det skal stilles krav til organisasjoner for at de skal kunne godkjennes, herunder at de har vedtektsfestet faglige krav for medlemskap. Organisasjonene må i neste omgang stille nærmere bestemte krav til medlemmene, blant annet yrkesetiske krav. Som vilkår for registrering bør det også stilles krav om forsikring, krav om innsending av årsoppgjør/næringsoppgave osv.

Slik departementet ser det må ordningens positive bidrag for å skille mellom seriøse og useriøse, antas å overstige negative effekter ved ordningen, herunder at brukerne kan legge mer i ordningen enn det det reelt sett er grunnlag for. Etter departementets oppfatning vil disse negative effekter også til en viss grad kunne motvirkes gjennom ulike for-

mer for informasjonsarbeid, jf. nærmere om dette under kapittel 11.

Når det gjelder ønsket om å skille mellom seriøse og useriøse utøvere, viser departementet til at det som nevnt må tas i betraktning den samlede effekt av både rettslige og utenomrettslige tiltak. Det er viktig å være klar over at registerordningen kun er en komponent i dette arbeidet, og at også andre tiltak vil være med på å bidra til et slikt skille.

Departementet viser også til at de mangler som registerordningen kan sies å ha når det gjelder å ivareta eller sikre brukeren/pasienten i et faglig perspektiv, i stor grad vil kompenseres av at det også foreslås lovregulering som trekker grenser for hva alternative behandlere har lov til å gjøre, jf. om dette under kapittel 12.

Departementet anbefaler derfor at det opprettes en registerordning for utøvere av alternativ behandling. Når det gjelder vilkårene for å kunne bli registrert, vises det til pkt. 14.6.4.

14.6.3 Skal registerordningen være frivillig eller tvungen?

Med frivillig menes her at det ikke vil være et vilkår for å utøve alternativ behandling, at utøveren er registrert i det offentlige register som foreslås opprettet.

Argumenter for å gjøre registerordningen frivillig, er særlig hensynet til organisasjonsfriheten. Som det vil fremgå foreslås det at medlemskap i en yrkesorganisasjon for utøvere av alternativ behandling skal være et vilkår for registrering, jf. pkt. 14.6.4. Departementet legger til grunn at det verken direkte eller indirekte bør være krav om medlemskap i en yrkes- eller fagorganisasjon for å kunne utøve en ellers lovlig virksomhet.

Et annet moment som taler for å gjøre ordningen frivillig, er at det da vil være lettere å forklare og begrunne overfor brukerne at det offentlige ikke på et faglig grunnlag har gått god for den enkelte utøver og de behandlingsformer som de registrerte tilbyr. Dersom registerordningen var tvungen, ville det vært vanskeligere for brukerne å se forskjellen mellom registerordningen og helsepersonellovens autorisasjonsordning.

Departementet legger også til grunn at en frivillig ordning i større grad vil gjøre det enklere å samarbeide med utøverne og å oppnå utøvernes aksept for ordningen.

Etter departementets oppfatning er argumentene for å gjøre ordningen tvungen, særlig at den i såfall ville omfatte flere utøvere, og at den dermed ville tvinge også de såkalt useriøse til å innordne seg

slik at deres virksomhet blir mer seriøs, eller at de avstår fra å utøve alternativ behandling.

Departementet viser særlig til at prinsippet om organisasjonsfrihet taler for å gjøre ordningen frivillig. Også det forhold at myndighetene ikke skal foreta noen vurdering eller godkjenning på faglig grunnlag, og at ordningen dermed skal være noe annet enn helsepersonellovens autorisasjonsordning, taler for frivillighet. Etter departementets oppfatning er dette argumenter som må tillegges mer vekt enn hva man eventuelt kunne oppnå ved en tvungen registerordning.

Departementet anbefaler derfor at registerordningen gjøres frivillig.

14.6.4 Nærmere beskrivelse av registerordningen

Kort skissert vil den foreslåtte registerordningen innebære at departementet etter søknad godkjenner medlemsorganisasjoner for alternative behandlere i den forstand at medlemskap i organisasjonen vil gi grunnlag for registrering. Det forutsettes at disse organisasjonene oppfyller bestemte vilkår. Den utøver som er medlem i en slik godkjent organisasjon, og som for øvrig oppfyller vilkårene for registrering, se pkt. 14.6.4.2, kan deretter la seg registrere i det nye utøverregisteret. Det er kun fysiske personer som vil kunne la seg registrere.

Departementet foreslår som nevnt at registerordningen skal være frivillig, og at det skal gjelde nærmere bestemte vilkår for å bli registrert. Som generelt utgangspunkt legger departementet til grunn at jo mer omfattende og strenge vilkår som settes for å bli registrert (herunder vilkår av faglig art), jo sikrere grunnlag vil pasienten ha for å velge behandler, og jo større grunn er det til å anta at forbrukervern og pasientsikkerhet vil bli ivaretatt. På den annen side viser imidlertid departementet til at dersom man som registrert pålegges for mange plikter og vilkårene for å bli registrert settes for strengt, vil konsekvensene kunne bli at få utøvere velger å benytte seg av registerordningen.

I likhet med utvalget er departementet av den oppfatning at selve opprettelsen av registeret bør hjemles i lov, mens de nærmere vilkår for registrering bør fastsettes i forskrift. I denne odelstingsproposisjonen vil det derfor ikke være nødvendig å utforme utkast til nærmere regler om registeret og vilkårene for registrering. Med utgangspunkt i de vilkår som følger av det forskriftsutkast som utvalget har utarbeidet, vil imidlertid departementet vurdere en rekke sentrale vilkår som bør inntas i en fremtidig forskrift. I det ordningen anses for sentral i arbeidet med å skille mellom seriøse og useriøse

utøvere av alternativ behandling, har departementet valgt å gjøre redegjørelsen forholdsvis omfattende. Som det vil fremgå har departementet også vurdert enkelte problemstillinger utover det som følger av utvalgets forslag.

14.6.4.1 Vilkår for godkjenning av organisasjoner

Krav om at organisasjoner for å bli godkjent skal ha vedtekter som stiller faglig krav til medlemmene

Som nevnt er det i NOUen foreslått at departementet kun skal kunne godkjenne en organisasjon dersom organisasjonen selv har fastsatt nærmere bestemte krav for rett til medlemskap, herunder faglige krav. Det skal være opp til organisasjonene selv å fastsette de faglige kravene til medlemskap, men det må fremgå av organisasjonens vedtekter at det stilles slike krav.

Departementet er enig i at organisasjonene bør ha vedtektsfestet faglige krav. I det videre skal imidlertid departementet drøfte hvorvidt dette bør være tilstrekkelig for godkjenning, eller om departementet også skal foreta en vurdering av de faglige krav som stilles, og deretter avgjøre om organisasjonen kan godkjennes.

De argumentene som taler for at departementet skal foreta en vurdering av de faglige krav, er særlig at dette vil være med på å sikre at det stilles visse minimumskrav, noe som igjen vil fremme pasientsikkerheten. Det at departementet foretar en faglig vurdering, vil også kunne bidra til at de faglige krav som organisasjonene stiller vil heves generelt.

En ordning hvor departementet vurderer de faglige krav som stilles, vil også til en viss grad kunne bidra til å skille ut useriøse utøvere.

De argumentene som taler mot at departementet skal foreta en slik vurdering av organisasjonenes faglige krav, er særlig at dette vil gjøre det vanskeligere for brukerne å se forskjellen mellom de ulike personellgrupper. På den ene side vil man ha autorisert helsepersonell etter helsepersonelloven, og på den andre side alternative behandlere som «bare» er registrert, men etter faglige krav godkjent av departementet. Det er derfor en fare for at brukerne vil oppfatte dette som om det offentlige har akseptert og anerkjent innholdet i utdanningen og i den faglige yrkesutøvelsen til de registrerte, selv om det reelt sett vil være stor forskjell på de godkjenningsvilkår som følger av helsepersonelloven og den foreslåtte registerordning.

Departementet viser videre til at en godkjenning av organisasjonenes faglige krav fra departementets side, antas å kunne reise enkelte erstatningsrettslige problemstillinger, idet dette vil kun-

ne oppfattes som om det offentlige har gått god for den aktuelle behandlingsform.

Endelig viser departementet til at det på grunn av den store bredden og de store forskjeller det er mellom ulike grupper alternative behandlere, både hva angår utdanning, behandlingsfilosofi og faglig innhold, vil det bli svært vanskelig å fastsette kriterier for en konsekvent og rettferdig vurdering av de faglige krav som de ulike organisasjoner bør stille. Dette vil i såfall forutsette et omfattende utrednings- og standardiseringsarbeid.

Departementet vil etter dette ikke anbefale at det offentlige skal foreta en vurdering av de faglige krav som de ulike organisasjonene stiller for medlemsskap, og på bakgrunn av en slik vurdering avgjøre om organisasjonen skal godkjennes eller ikke. Departementet mener ordningen bør være slik at departementet påser at organisasjonene har vedtekter som stiller faglige krav til den som ønsker å bli medlem i organisasjonen, men at det nærmere innhold av disse ikke skal være gjenstand for godkjenning av departementet.

Selv om det anbefales at departementet ikke skal godkjenne de faglige krav organisasjonene stiller, må det imidlertid forutsettes at departementet påser at vedtektene (eller de yrkesetiske reglene, jf. neste avsnitt) ikke er i strid med relevante lover og forskrifter, typisk konkurranselovgivningen, jf. ovenfor under pkt. 14.3 hvor høringsuttalelser fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Konkurransetilsynet er gjengitt.

Krav om at organisasjoner for å bli godkjent skal ha yrkesetiske regler, klageordning og mulighet for utelukkelse av medlemmer mv.

I NOUen har utvalget foreslått at departementet bare skal godkjenne en organisasjon dersom organisasjonen har

- yrkesetiske regler som er bindende for medlemmene,
- vedtektsfestet klagerett for pasienter på medlemmenes yrkesfaglige adferd med behandling i et yrkesetisk råd, og
- mulighet for utelukkelse av medlemmer som utviser yrkesfaglig adferd i strid med de yrkesetiske regler.

Som tidligere påpekt legger departementet til grunn at hensikten med registreringsordningen blant annet er å oppnå et skille mellom seriøse og useriøse utøver i forbrukersammenheng, bidra til å høyne kvaliteten på behandling, ivareta pasientsikkerhet, bidra til økt anerkjennelse og integrering av alternativ behandling, samt fremme selvregulering

blant utøverne. Etter departementets vurdering vil ovennevnte vilkår for godkjenning av organisasjonene, være viktige forutsetninger for å ivareta disse hensynene.

Departementet viser imidlertid til at et motargument mot å stille slike vilkår, følger av registerordningen i seg selv. Som nevnt kan ordningen gi inntrykk av at det offentlige går god for den behandling de registrerte tilbyr, og dette inntrykk vil kunne bli forsterket jo flere og strengere vilkår som stilles for at en organisasjon kan bli godkjent.

Departementet er imidlertid av den oppfatning at argumentene for å innta nevnte vilkår veier klart tyngre enn motargumentene. I den forbindelse viser departementet særlig til at de foreslåtte vilkår vil være viktige i et pasientsikkerhetsperspektiv, og at vilkårene vil bidra til å skille mellom seriøse og useriøse utøvere. Departementet vil derfor foreslå at ovennevnte vilkår for å kunne godkjenne utøverorganisasjoner legges til grunn for registerordningen. Dette vil i såfall bli nærmere regulert i forskrift.

Krav om at organisasjoner for å bli godkjent skal ha minst 30 medlemmer

I NOUen har utvalget foreslått at organisasjoner for å bli godkjent skal ha minst 30 medlemmer. Grensen er foreslått satt ved 30 medlemmer fordi organisasjonene må være av en viss størrelse for å kunne ha betryggende disiplinærordninger og lignende. Grensen ble satt ut fra den kjennskap utvalget hadde til størrelsen på ulike alternativmedisinske organisasjoner og foreninger. Basert på det tallmateriale utvalget hadde, ville de langt fleste organisasjoner oppfylle vilkåret om antall medlemmer.

Etter departementets oppfatning er argumentene som taler for å sette en slik nedre grense, for det første at organisasjonen bør ha et visst antall medlemmer for å kunne ha et reelt fag-etisk råd, og for å kunne drive en klageordning. Videre vil det til en viss grad kunne hevdes at dersom en organisasjon skal kunne sies å representere en egen fagretning/behandlingsfilosofi, bør den også ha medlemmer over et visst minstenivå. I motsatt fall bør slike små organisasjoner vurdere om de kan slå seg sammen med andre organisasjoner som bygger på en tilnærmet lik fagretning/behandlingsfilosofi. Endelig viser departementet til at dersom det stilles krav om et visst medlemsantall, kan dette bidra til en opprydding på feltet, ved at flere små organisasjoner med faglige fellestrekk, går sammen i felles organisasjoner.

Departementet viser imidlertid til at det også kan argumenteres mot å stille vilkår om at organi-

sasjonen for å bli godkjent skal ha et visst antall medlemmer. For det første viser departementet til at det vil kunne være uheldig dersom det stilles krav om såpass høyt antall medlemmer, at mange organisasjoner og/eller behandlingsgrupper kan falle utenfor registerordningen. Jo flere grupper som faller utenfor ordningen, jo større fare er det for at registerordningen kan miste noe av sin hensikt.

Videre viser departementet særlig til hensynet til konkurranselovgivningen. Forutsatt at adgangen til å oppnå registrering vil gi klare konkurransefortrinn, bør ikke spesifikke utøvergrupper avskjæres fra et slikt konkurransefortrinn kun under henvisning til at de tallmessig er få.

Etter departementets vurdering er hensynet til konkurranselovgivningen en tungtveiende innvending mot å kreve at organisasjonene skal ha et visst antall medlemmer for å kunne bli godkjent. Samtidig vil det som nevnt normalt være en forutsetning for at organisasjonene skal kunne ha et reelt fagetisk råd og for at de skal kunne drive klageordningen, at de har et visst antall medlemmer.

Departementet anbefaler derfor at det legges til grunn for registerordningen at det settes vilkår om at organisasjoner skal ha et visst antall medlemmer for å kunne bli godkjent. Departementet anbefaler imidlertid at det åpnes for adgang til å gjøre unntak fra dette minstekravet. Nærmere regulering vil måtte vurderes ved utarbeidelse av forskriften.

Krav om at organisasjoner for å bli godkjent skal kreve at medlemmene forplikter seg til å drive forsvarlig virksomhet

I NOUen har utvalget ikke foreslått at det skal være et vilkår for å godkjenne organisasjoner, at disse krever at medlemmene skal forplikte seg til å drive forsvarlig virksomhet.

Departementet viser her til pkt. 12.17.1 hvor det er diskutert hvorvidt et krav om å drive forsvarlig virksomhet bør lovfestes for alternative behandlere. Som det fremgår er departementet av den oppfatning at et slikt krav ikke bør lovfestes, men at det i forskrift bør stilles som vilkår for godkjenning av organisasjoner at disse stiller slikt krav til sine medlemmer. Når det gjelder den nærmere drøftelse omkring dette vises det til pkt. 12.17.1.

Krav om at organisasjoner for å bli godkjent skal kreve at medlemmene forplikter seg til å gi nødvendig informasjon til sine pasienter

I NOUen har utvalget ikke foreslått at det skal være et vilkår for å godkjenne organisasjoner, at disse

krever at medlemmene forplikter seg til å overholde nærmere bestemte informasjonsplikter overfor pasientene.

Departementet viser her til pkt. 12.17.2 hvor det er diskutert hvorvidt slik informasjonsplikt overfor pasienter bør lovfestes for alternative behandlere. Som det fremgår er departementet av den oppfatning at en slik informasjonsplikt ikke bør lovfestes, men at det i forskrift bør stilles som vilkår for godkjenning av organisasjoner at disse i sine vedtekter eller yrkesetiske regler pålegger medlemmene plikt til å gi nødvendig informasjon til sine pasienter. Når det gjelder den nærmere drøftelse omkring dette vises det til pkt. 12.17.2.

14.6.4.2 Vilkår for å bli registrert som utøver av alternativ behandling

Som nevnt ovenfor innebærer registerordningen at den som ønsker å bli registret, først og fremst må dokumentere at han er medlem av en organisasjon som er godkjent av departementet. I det videre skal drøftes ytterligere vilkår for at den enkelte utøver skal kunne bli registrert.

Krav om at den som skal bli registrert driver virksomhet og drev virksomhet som behandler i det foregående år og krav om innsending av årsoppgjør/næringsoppgave/bekreftelse fra arbeidsgiver

I utvalgets utkast til forskrift kan det synes som om det både stilles krav om at utøveren for å bli registrert må drive virksomhet som alternativ behandler og også ha drevet virksomhet det foregående år. Begrunnelsen for vilkårene, og det nærmere innhold i disse, er i liten grad kommentert.

I utvalgets forskriftsutkast § 2 heter det at den som vil registreres, «må drive virksomhet som behandler», i tillegg til at han må være medlem av en godkjent organisasjon. Utvalgets forslag til vilkår for å bli registrert fremgår av forskriftsutkastet § 4 hvor etter den som ønsker å bli registret må dokumentere at han «drev virksomhet som behandler i det foregående år». Dette vilkåret skal av selvstendige næringsdrivende dokumenteres ved årsoppgjør for virksomheten eller bekreftet kopi av næringsoppgave. Andre skal inngi dokumentasjon i form av bekreftelse fra arbeidsgiveren på ansettelsesforhold. Innsendelse av dokumentasjon som nevnt er også foreslått å være et vilkår for å opprettholde registrering, jf. forskriftsutkastet §§ 8 til 10.

I NOUen er det uttalt at dersom en registerordning skal sikre at yrkesutøverne driver en seriøs forretningsvirksomhet, bør det stilles krav om at ut-

øveren har tegnet ansvarsforsikring, og krav om innsending av årsoppgjør/kopi av alminnelig næringsoppgave.

Departementet kan se gode argumenter for at dersom en utøver ønsker å forbli registrert, så må han dokumentere at han har drevet den type virksomhet som registreringen omfatter. Dette kan skje ved innsendelse av årsoppgjør/næringsoppgave for foregående år. Ved utarbeidelse av forskriften må det i så fall vurderes om det skal stilles krav om at vedkommende har utøvd virksomheten på fulltid eller om også deltid skal være tilstrekkelig. Departementet antar at et krav om fulltidsvirksomhet kan virke noe strengt. Særlig i forhold til helsepersonell som også driver alternativ behandling, vil et krav om fulltidsvirksomhet kunne være vanskelig å oppfylle. Departementet antar derfor at det ikke bør være et absolutt krav at vedkommende har drevet fulltidsvirksomhet som alternativ behandler, samtidig som mer sporadisk eller leilighetsvis utøvelse av alternativ behandling, ikke bør være tilstrekkelig for å bli registrert. De nærmere vilkår vil måtte fastsettes i forskrift.

Departementet er i tvil om det også som vilkår for førstegangsregistrering skal kreves at vedkommende kan dokumentere virksomhet i foregående år. Dette vil kunne innebære at nye utøvere må arbeide «uregistrert» inntil et år før de oppfyller vilkårene for registrering. Det antas at utvalgets forslag på dette punktet har sammenheng med at det er vanskelig å dokumentere at man driver virksomhet på et gitt tidspunkt.

Departementet vil vurdere dette spørsmålet nærmere ved utarbeidelse av forskrift om registerordningen dersom det vedtas at det skal opprettes en slik registerordning.

Krav om at den som skal bli registrert må ha gyldig forsikring/sikkerhetsstillelse

I NOUen er det foreslått at den som ønsker å bli registrert, må dokumentere å ha gyldig forsikring eller annen tilstrekkelig sikkerhetsstillelse. Departementet kan ikke se noen vesentlige innvendinger mot at de som ønsker å bli registrert i et slikt frivillig utøverregister pålegges å dokumentere at de har gyldig forsikring/sikkerhetsstillelse som dekker det erstatningsansvar behandleren kan pådra seg ved behandlingsvirksomheten. Etter departementets oppfatning vil dette særlig være viktig for å ivareta pasientsikkerhet/-beskyttelse, og departementet viser også til at det i helsepersonelloven § 20 er fastsatt en tilsvarende plikt for helsepersonell som driver privat virksomhet.

Krav om å melde flytting og om å melde i fra når vilkårene for registrering ikke lenger er til stede

Departementet kan ikke se noen vesentlige innvendinger mot de ovennevnte vilkår i utvalgets utkast til forskrift. Bestemmelsenes nærmere innhold og utforming må vurderes ved utarbeidelse av en eventuell forskrift om registerordningen.

Krav om å betale registreringsgebyr og årlig avgift

Departementet viser her til den videre drøftelse under pkt. 14.6.5 hvor departementet anbefaler at det offentlige dekker etableringskostnadene ved registrert, men at utgiftene søkes dekket inn igjen ved et gebyr fra de som registreres, og pkt. 14.6.6 hvor departementet anbefaler at ordningen gjøres selvfinansierende gjennom at de registrerte skal betale en årsavgift.

Departementet kan ikke se noen vesentlige innvendinger mot at disse vilkårene i så fall inntas i forskrift. Bestemmelsenes nærmere innhold og utforming må vurderes ved utarbeidelse av en eventuell forskrift om registerordningen.

Dokumentasjonsplikt

Departementet har under pkt. 12.17.4 vurdert hvorvidt alternative behandlere bør pålegges dokumentasjonsplikt. Som det fremgår ønsker ikke departementet å lovfeste slik plikt. Departementet finner heller ikke grunn til å forskriftsfeste slik plikt og det vises til argumentasjonen under pkt. 12.17.4.

I høringsuttalelse fra *Datatilsynet* uttales det blant annet i forbindelse med registerordningen at

«(S)å langt Datatilsynet kan se er det ikke innført journalføringsplikt hos de som tar syke i kur ved hjelp av alternativmedisinske metoder. Det innebærer at behandlingsregistre i den forbindelse fortsatt vil være konsesjonspliktig etter personregisterloven. Utfra et pedagogisk øyemed ville det være hensiktsmessig å klargjøre dette overfor de som fører journal. Datatilsynet anbefaler derfor at forskriftene henviser til reglene i personregisterloven.»

Personregisterloven er fra 1. januar 2001 erstatet av personopplysningsloven. Som det fremgår av omtalen i pkt. 7.12 i denne odelstingsproposisjonen, synes det nå å være meldeplikt som er aktuelt for mange alternative behandlere, jf. personopplysningsforskriften § 7–23. Departementet vil ved utarbeidelse av en eventuell forskrift om registerordning vurdere om det bør inntas en henvisning til reglene i personopplysningsloven og -forskriften.

14.6.5 Skal det offentlige dekke etableringskostnadene?

Som nevnt har utvalget foreslått at det offentlige skal forskuttere kostnadene forbundet med etablering av registeret, men at dette kan søkes dekket inn igjen ved å kreve et gebyr ved førstegangsregistrering. Når det gjelder de årlige driftskostnader er det foreslått at dette skal dekkes gjennom de registrertes årsavgift. Utvalget har videre vist til at departementet vil påføres noe merarbeid i samband med godkjenning av organisasjoner hvor medlemskap skal gi grunnlag for registrering. Det anslås imidlertid at dette merarbeid neppe vil være i en størrelsesorden som vil kreve ekstra ressurser, og dette vil i hovedsak også være et engangsarbeid.

Utvalget har anslått 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. De nevnte beløpene forutsetter at kostnadene søkes dekket ved registreringsgebyr og årsavgift fra de registrerte. Det vises til NOUen kapittel 16 og denne odelstingsproposisjonen kapittel 16 om de nærmere forutsetningene for overslagene.

Etter departementets oppfatning er argumentene for at det offentlige dekker etableringskostnadene ved registeret, for det første at organisasjonene selv høyst sannsynlig ikke vil ha økonomi til å etablere en slik ordning. De vil i såfall være avhengig av å innkreve penger av sine medlemmer før ordningen er etablert, og dette vil innebære en risiko for at registeret ikke blir opprettet.

Videre viser departementet til at dersom de ulike utøverorganisasjonene selv skal bære etableringskostnadene, kan det tenkes å oppstå uenighet om utforming av registeret, fordeling av utgifter, bruk av registeret osv. Dette kan forsinke etableringen.

Endelig viser departementet til at når myndighetene ønsker å utøve en mer aktiv politikk på feltet, herunder stille krav som styrker forbrukervernet og som også har til hensikt å skille seriøse og useriøse utøvere, taler dette for at det offentlige også bør bidra til å dekke kostnadene ved etableringen av registeret. Selv om registerordningen er frivillig, vil de registrerte utøverne indirekte bli pålagt plikter som myndighetene finner ønskelig ut fra et pasientsikkerhets-/forbrukervernsperspektiv.

Argumenter mot at det offentlige skal dekke etableringskostnadene, er særlig hensynet til det offentliges samlede utgifter. I den forbindelse kan det vises til at utøvermiljøene selv bør være interessert i å arbeide for et skille mellom seriøse og useri-

øse utøvere, og at de derfor av ren egeninteresse bør være interessert i et slikt register, og dermed også dekning av kostnadene forbundet med etableringen av dette. Endelig viser departementet til at de registrerte ved ordningen gis visse rettigheter, blant annet i forhold til markedsføring. Dette taler for at de da også bør betale for etablering av registeret.

Departementet legger særlig vekt på at offentlig dekning av etableringskostnadene trolig vil være avgjørende for at registeret blir etablert, samtidig som disse kostnadene i stor grad vil kunne dekkes inn igjen ved det gebyr utøverne skal betale ved førstegangsregistrering. Videre legges det vekt på at utøverne ved ordningen pålegges plikter som det offentlige finner ønskelig av hensyn til bl.a. pasientsikkerhet, og at ordningen vil være et virkemiddel for å oppnå et ønsket skille mellom seriøse og useriøse utøvere.

Departementet anbefaler derfor at det offentlige dekker etableringskostnadene ved registeret, men at utgiftene søkes dekket inn igjen ved gebyr fra de som registreres. Se for øvrig kapittel 16.

14.6.6 Skal registerordningen være selvfinansierende?

Departementet har ovenfor under pkt. 14.6.5 anbefalt at det offentlige dekker kostnadene forbundet med etablering av registeret, men at dette kan søkes dekket inn igjen ved å kreve et gebyr i forbindelse med den enkelte utøvers førstegangsregistrering. Når det gjelder årlige driftskostnader knyttet til registerordningen, har utvalget foreslått at dette skal dekkes ved at de registrerte utøverne betaler en årsavgift for å stå registrert i registeret.

Departementet viser her til at registerordningen vil gi de registrerte enkelte rettigheter som følge av registreringen, noe som taler for at de da også bør dekke driftskostnadene. Departementet viser videre til at det for den enkelte utøver vil være snakk om en beskjedent årlig avgift for å opprettholde registreringen. I NOUen er det beregnet at dersom 2 300 utøvere lar seg registrere, vil driftsutgiftene av registeret bli dekket inn dersom årsavgiften ble fastsatt til 200 kroner. Også hensynet til det offentliges samlede utgifter, tilsier at utøverne selv finansierer et slikt utøverregister.

På den annen side vil som nevnt myndighetene også ha interesse av at utøverne registrerer seg, noe som vil være et argument som taler for at det offentlige dekker de årlige driftskostnader.

Under henvisning til at det vil være snakk om et beskjedent beløp for den enkelte registrerte, samt hensynet til det offentliges samlede utgifter, vil de-

departementet anbefale at ordningen gjøres selvfinansierende gjennom de registrertes årsavgift. Se for øvrig kapittel 16.

14.6.7 Drift og forvaltningsansvar for registeret

I NOUen er det lagt til grunn at den faglige delen av registeransvaret skal legges på foreningene selv, mens driften av registeret skal være offentlig, nærmere bestemt Brønnøysundregistrene. Registerordningen innebærer at departementet etter søknad godkjenner medlemsorganisasjoner for alternativ behandling, slik at medlemskap gir grunnlag for registrering. Det forutsettes at disse organisasjonene oppfyller bestemte vilkår fastsatt ved forskrift. Medlemmene i de godkjente organisasjonene kan deretter la seg registrere i det nye utøverregisteret som foreslås opprettet ved Brønnøysundregistrene. Til utvalget har Brønnøysundregistrene uttalt at et slikt register vil passe inn i forhold til de øvrige registrene de allerede er registerfører for.

Når det gjelder nærmere saksbehandlingsregler i tilknytning til registreringen, herunder ansvars- og arbeidsfordelingen mellom de godkjente organisasjoner og Brønnøysundregistret, er dette i liten grad diskutert av utvalget. Heller ikke når det gjelder saksgangen i forbindelse med registreringen er dette nærmere beskrevet i NOUen. Kontrol-

len av at den enkelte utøver oppfyller vilkårene for å bli registrert, kan tenkes gjort av Brønnøysundregistrene selv, men den kan også tenkes ivaretatt av de ulike organisasjoner ved at de først vurderer vilkårene for registrering og deretter gir melding til Brønnøysundregistrene.

Departementet viser til at det ved utarbeidelsen av forskrift om registerordningen vil måtte vurderes om det er mest hensiktsmessig at det er organisasjonene selv som vurderer om utøveren oppfyller vilkårene for registrering eller om denne vurderingen skal gjøres ved Brønnøysundregistrene. Departementet legger til grunn at den sistnevnte løsningen vil være den mest betryggende idet det her vil være snakk om et offentlig register.

Departementet viser videre til at det foreslåtte register til dels vil ha preg av å være et næringsregister, og dermed vil passe sammen med de øvrige registre som føres i Brønnøysund. Videre antas det å ligge en klar ressursbesparelse i å legge et register til en allerede eksisterende organisasjon, fremfor å opprette en ny.

Departementet anbefaler etter dette at registeret legges til Brønnøysundregistrene, og at disse står for driften av selve registeret. Fordeling av registerordningens oppgaver og plikter mellom de ulike organisasjonene og Brønnøysundregistrene, må reguleres nærmere i forskrift.

15 Spørsmål om stønad fra folketrygden

15.1 Gjeldende rett

Stønad fra folketrygden, ofte omtalt som trygde-refusjon, er en av de ordninger som er fastsatt for offentlig tilskudd til å dekke befolkningens behov for helsehjelp.

Under innleggelse i offentlig sykehus er opphold, behandling og legemidler gratis i henhold til spesialisthelsetjenesteloven for den som har bosted i riket. Utgiftene dekkes som hovedregel av det regionale helseforetak i pasientens bostedsregion. Folketrygden dekker utgiftene for den som ikke har bosted i riket, men som er medlem av folketrygden eller som er stønadsberettiget i henhold til gjensidig avtale med annet land.

Ved poliklinisk behandling ved offentlig sykehus og behandling utenfor sykehus yter folketrygden stønad i en rekke tilfeller til medlemmer av folketrygden og andre som har rett til ytelser i henhold til gjensidige avtaler med andre land. Det er i stor utstrekning et vilkår at behandlingen skjer i den offentlige helsetjenesten, herunder hos helsepersonell som har avtale med det offentlige. Pasienten må med enkelte unntak betale en egenandel.

Stønad etter folketrygdloven kapittel 5 ytes på nærmere vilkår ved

- legehjelp (unntatt inngrep som vesentlig er begrunnet i kosmetiske hensyn og behandling av påregnelig følge av slike inngrep)
- prøver og undersøkelser ved medisinske laboratorier
- radiologiske undersøkelser og behandling
- undersøkelse og behandling hos tannlege i forbindelse med sykdom
- psykologhjelp
- fysikalsk behandling
- behandling hos kiropraktor
- behandling hos ortoptist
- 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 forbruksmaterieil
- reise- og oppholdsutgifter i forbindelse med un-

dersøkelse eller behandling som berettiger til stønad

- bidrag til andre spesielle formål.

Det er normalt et vilkår for stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos privatpraktiserende lege, at legen har fastlegeavtale med kommunen eller avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak (spesialister). Privatpraktiserende psykolog må ha avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Privatpraktiserende fysioterapeut må ha avtale om driftstilskudd med kommunen.

For behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog er det et 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.

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.

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, for eksempel tannfylling, rotbehandling, proteser, tannrensing eller annet forebyggende arbeid. Barn og visse andre grupper har rett til gratis tannbehandling i henhold av tannhelsetjenesteloven. Slik behandlingen ytes vanligvis av Den offentlige tannhelsetjenesten.

Stønad til helsehjelp ytes etter fastsatte satser. For stønad til legehjelp og fysikalsk behandling er satsene fastsatt i til dels meget detaljerte forskrifter basert på type undersøkelse eller behandling, tidsforbruk mv. Stønad til behandling hos kiropraktor ytes med kr. 80 for undersøkelse ved igangsettelse av behandlingsopplegg og deretter kr. 40 per behandling, for inntil ti behandlinger i året. I særlige tilfeller kan det innvilges stønad til ytterligere fire behandlinger etter begrunnet søknad fra kiropraktoren til trygdekontoret. Pasienten må selv betale den overskytende delen av honoraret.

Det ytes ikke stønad fra folketrygden ved alternativ behandling. Dette er klart når det gjelder utøvere av alternativ behandling som ikke er autorisert helsepersonell. Når det gjelder autorisert helsepersonell som for øvrig oppfyller kravene for at pasienten skal få stønad fra trygden, kan det tenkes at behandlingsmetoder som vanligvis anses som alternativ behandling i noen tilfeller inngår som en del av tilbudet under en ordinær konsultasjon som det ytes stønad til. Når det gjelder leger heter det i Rikstrykdeverkets rundskriv til folketrygdloven § 5–4 under kommentarene til forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse hos lege og i private medisinske laboratorier og røntgenvirksomheter § 1 under overskriften «Akupunktur»:

«Det er ikke fastsatt egen takst for akupunktur i legetariffen. Denne type behandling er ikke berettiget til stønad fra trygden, men må betales av pasienten selv.

Akupunktur er imidlertid akseptert som en del av det allmennmedisinske tilbud. En lege kan derfor utføre akupunkturbehandling under en konsultasjon. Tidsbrukstakst kan ikke benyttes dersom konsultasjonen varer lenger enn 20 minutter på grunn av akupunkturbehandling. Ren akupunkturbehandling, uten tilknytning til samtidig konsultasjon, er trygden uvedkommende.»

15.2 Forslag i NOU 1998: 21 Alternativ medisin

Aarbakke-utvalgets flertall gikk ikke inn for innføring av stønad fra folketrygden ved alternativ behandling. Argumentene mot innføring av stønad var dels av prinsipiell og dels av praktisk karakter. Flertallet viste til at slik innføring ville innebære mange og vanskelige avgrensingsproblemer med hensyn til hvilke behandlingsmetoder, behandlere og tilstander som skulle omfattes av en stønadsbestemmelse. Videre ble det vist til at innføring av stønad fra folketrygden ville binde opp store beløp som kan brukes på mer hensiktsmessige måter. Det ble vist til den lave grad av dokumentert effekt av alternativ behandling. Videre ble det vist til at det heller ikke ytes stønad til behandling hos alle typer autorisert helsepersonell. Flertallet mente imidlertid at det bør kunne ytes tilskudd til alternativ behandling i særlige tilfeller, ikke som en lovbestemt refusjonsordning, men etter andre tilskuddsordninger.

Tre av utvalgsmedlemmene bemerket at omkostningene ikke i seg selv er noe godt argument mot refusjonsordninger, men at det er et tungtvei-

ende argument at offentlige midler ikke bør brukes til dårlig dokumenterte tiltak.

Et mindretall (fire av utvalgets 17 medlemmer) ønsket å åpne muligheten for stønad fra folketrygden ved alternativ behandling, og foreslo å knytte det til behandlere som er registrert i en offentlig registerordning, jf. denne odelstingsproposisjon kapittel 14 om en slik registerordning. Mindretallet foreslo en ny bestemmelse i folketrygdloven som skulle lyde slik:

«§ 5–9a 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.»

Mindretallet uttalte også at dersom grupper av alternative behandlere godkjennes som helsepersonell etter helsepersonelloven, vil det være naturlig å vurdere om det bør innføres stønad fra folketrygden ved behandling hos disse gruppene behandlere. Slik stønad bør ytes på samme vilkår som for kiropraktorbehandling, eventuelt supplert med begrensninger i forhold til diagnose og behandlingsform.

Utvalgets flertall påpekte at dersom det skulle bli aktuelt med stønad fra folketrygden ved behandling hos utøvere av alternativ behandling bør kriteriene være mindre skjønnspreget enn i mindretallets forslag til lovbestemmelse. Flertallet mente bestemmelsen i folketrygdloven i så fall bør tilsvare bestemmelsen om stønad til kiropraktorbehandling (§ 5-9).

Fire utvalgsmedlemmer bemerket at vilkåret for om en behandlingsform skal utløse stønad fra folketrygden, prinsipielt bør knyttes til behandlingens effekt og nytte. Disse medlemmene mente at stønad ikke skal ytes ved behandling utført av spesielle yrkesgrupper eller profesjoner, men for dokumentert effektive og nyttige behandlingstiltak som utføres av dertil kompetent personell. De uttalte at departementet derfor må 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.

15.3 Høringsinstansenes syn

En rekke av høringsinstansene støtter Aarbakke-utvalgets flertall med hensyn til spørsmålet om stønad fra folketrygden. Noen nevner dette spesielt, mens det i andre tilfeller følger av mer generelle uttalelser. Blant de som nevner dette særskilt er: *Akershus fylkeskommune, Bamble kommune, Den norske tannlegeforening, Fylkeslegen i Akershus, Fylkeslegen i Buskerud, Fylkeslegen i Oslo, Fylkeslegen i Troms, Fylkeslegen i Vest-Agder, Fylkeslegen i Vestfold, Harstad sykehus, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke, Norges Apotekerforening, Norske Homeopaters Landsforbund, Norske Fysioterapeuters Forbund, Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon, Regionsykehuset i Tromsø, Regionsykehuset i Trondheim, Ski sykehus, Statens helsetilsyn, Statens institutt for folkehelse, Troms fylkeskommune, Farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo og Yrkesorganisasjonenes sentralforbund.*

Enkelte av disse høringsinstansene (herunder Fylkeslegen i Oslo, Fylkeslegen i Vest-Agder og Den norske tannlegeforening) uttaler for øvrig at de slutter seg til de av utvalgsmedlemmene som bemerker at vilkåret for om en behandlingsform skal utløse trygderefusjon, prinsipielt bør knyttes til behandlingens effekt og nytte.

Yrkesorganisasjonenes sentralforbund støtter utvalgets flertall og tilføyer:

«Vi tillater oss imidlertid å påpeke at folketrygdens refusjonssystem i sin helhet burde gjennomgå og vurderes da systemet, slik det er utformet og praktiseres i dag, verken fungerer rettfærdig eller tilpasset befolkningens behov. ...»

Norges Apotekerforening støtter utvalgets flertall og tilføyer:

«... Dersom det skal brukes offentlige midler på alternativ medisin, bør disse kanaliseres til andre tiltak enn refusjon.»

Statens institutt for folkehelse støtter flertallet og tillegger at samfunnet bør forutsette at

«nytte-kostnad-forholdet er dokumentert (og av en rimelig størrelse) før det kan bli aktuelt å innvilge refusjon».

Statens helsetilsyn støtter utvalgets flertall og påpeker forøvrig at det er viktig å skille mellom utøver og behandling, og at det må være klare ret-

ningslinjer for hva refusjonsberettigede behandlere kan kreve refusjon for, for eksempel når leger bruker akupunktur.

Ski sykehus uttaler:

«Så lenge dokumenteringen av virkningen av alternativ medisin foreløpig er dårlig er vi enig i at det ikke innføres en refusjonsordning fra Folkestrygden for behandling med alternativ medisin. Ved bedret dokumentasjon bør dette vurderes for den enkelte type behandling.»

Norske Homeopaters Landsforbund slutter seg til utvalgets flertall og tillegger:

«Det vil heller være naturlig å vurdere refusjonsordninger hos grupper av alternativmedisinske behandlere som godkjennes som helsepersonell etter helsepersonelloven. I dag ville det være lite hensiktsmessig å innføre en refusjonsordning, ressurser burde benyttes til forskning og samarbeidsprosjekter mellom alternativmedisinen og skolemedisin. Det må foreligge mer vitenskapelig dokumentasjon for at hele gruppen av alternativmedisinske behandlingsformer skal komme under en refusjonsordning.»

Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon begrunner sitt syn blant annet med at det for pasientene er lite eller intet å hente ved en refusjonsordning tilsvarende den som gjelder for behandling hos kiropraktor. Det foreslås at midler fra folketrygden i stedet brukes i en satsing på forebyggende helsearbeid, herunder bruk av alternativ medisin i profylaktisk henseende.

Arbeids- og administrasjonsdepartementet uttaler:

«... En eventuell refusjonsordning vil ha vidtrekkende konsekvenser. Foruten å medføre økte offentlige utgifter, vil en slik ordning reise spørsmålet om regulering av honorarer og egenbetaling hos de ulike gruppene. Så vidt vi kan se er ikke dette vurdert av utvalget. En refusjonsordning vil dessuten medføre vanskelige avgrensningsproblemer som vil kreve godkjenningsordninger og detaljerte regler som vil bli vanskelig å håndheve.»

Det Norske Radiumhospital og Den Norske Kreftforening uttaler begge:

«Det er forståelig at utvalget er forsiktig med å foreslå offentlig refusjon for alternative behandlingsopplegg. Muligens ville de økonomiske konsekvenser for samfunnet bli uoverskuelige? Derimot kan det tenkes å oppstå interessante situasjoner hvis/når alternative behandlingsme-

toder eventuelt dokumenteres å ha effekt etter aksepterte vitenskapelige kriterier. I så fall vil vel de metoder det måtte gjelde, også måtte oppfattes som etablerte og følgelig kvalifisere til refusjon? Konsekvensene av slik eventuell dokumentasjon er viktig å utrede. Mange ville nok da mene at det ville være rimelig å tilstå alternativ-medisinen refusjon; og at det vil være tilsvarende urimelig å reservere utøvelsen av metoden for tradisjonelt helsepersonell i det øyeblikk slik dokumentasjon er fremskaffet.»

Innherred sykehus uttaler at det ikke bør innføres refusjon fra trygden for tjenester som ikke er en del av det offentlige helsevesenet.

Fylkeslegen i Rogaland uttaler:

«Det er ofte hevdet at mange behandlingsregimer innen medisin, fysioterapi og spesielt kiropraktikk heller ikke er dokumentert effektive. Det er riktig, men det kan ikke verken være formålstjenlig eller riktig å bruke det som argument for å anerkjenne nye behandlingsformer uten dokumentert effekt til bruk innen offentlig helsetjenesten. Det er en selvfølge at det offentlige ikke skal refundere utgifter for behandling som ikke er dokumentert å ha effekt. Det kunne være en idé å gå kritisk igjennom en del av de refusjonsordninger som allerede er etablert bl. a. innen medisin, fysioterapi og kiropraktikk og fjerne en del av disse ...».

Noen instanser peker på ulike forutsetninger som bør være til stede dersom det skal gis stønad fra folketrygden.

Buskerud fylkeskommune uttaler:

«Behandling med alternativ medisin bør på sikt gi grunnlag for trygderefusjon. Dette må baseres på dokumenterte forskningsprosjekter og samarbeidstiltak mellom alternativ medisin og tradisjonell medisin. Det må utvikles gode analyseverktøy til dette formål.»

Vågsøy kommune ved kommunelegen foreslår at det løpende vurderes hvilke alternative behandlingsmetoder som vitenskapelig er vist å ha så sterk positiv effekt at det bør overveies å innføre stønad fra folketrygden, og ved hvilke indikasjoner det skal gis stønad. Stønad bør i slike tilfeller gis uansett om skolemedisinen har behandlingsalternativ for vedkommende tilstand.

Shirley Price Aromaterapi – Norge AS støtter en refusjonsordning i tråd med merknaden fra fire utvalgsmedlemmer om at vilkåret for om en behandlingsform skal utløse stønad fra trygden, prinsipielt bør knyttes til behandlingens effekt og nytte.

Landsorganisasjonen i Norge (LO) slutter seg til

de tre av utvalgsmedlemmene som bemerker at omkostningene ikke i seg selv er noe godt argument mot refusjonsordninger, men at offentlige midler ikke bør brukes til dårlig dokumenterte tiltak.

Personalet ved Omsorgssentrene i region3, Den Norske Kreftforening fremholder:

«Mulighet for refusjon av behandlingsutgifter og en viss samstemmighet i forhold til kostnadsfastsettelse for de enkelte behandlingsformer, er også meget viktige punkt i den rettslige reguleringen. Vi er enig i at praktisk sett ville en innføring av en refusjonsordning for alternativ-medisinsk behandling medføre mange og vanskelige avgrensingsproblemer. Vi mener likevel det må arbeides videre med dette, spesielt sett i sammenheng med evt. planlagt forskning for å dokumentere effekt av alternative behandlingsformer.»

Norges Migreneforbund mener at kvalifikasjonene og behandlingstilbudet til den enkelte utøver av alternativ medisin bør godkjennes av Statens helsestilsyn og uttaler videre:

«Skal det ytes statlig refusjon, må kravene til AM-utøveren trolig skjerpes ytterligere.»

Noen høringsinstanser uttaler at de ønsker ordninger for stønad fra folketrygden ved alternativ behandling.

Norsk Revmatikerforbund (NRF) støtter mindretallets forslag om innføring av stønad fra folketrygden, og peker på at pasientenes reelle valgfrihet avhenger både av geografisk og økonomisk tilgjengelighet. Det uttales videre:

«... NRF aksepterer inntil videre at legen fungerer som «portvokter» for godkjenning av økonomisk støtte til alternativmedisinsk behandling. I tillegg til å gi brukerne en økonomisk mulighet til å få hjelp av alternative behandlingsmetoder, håper vi dette vil føre til krav fra brukerne som vil styrke kommunikasjonen mellom offentlig helsepersonell og alternativmedisinske behandlere. En slik kommunikasjon kan åpne for bedre forståelse mellom partene, større nysgjerrighet for tema og forhåpentligvis et ønske om samarbeid og en opplevelse av behov for felles forskningsprosjekter for etter hvert å kunne dokumentere effekt av alternative behandlingstilbud.»

Høgskolen i Sør-Trøndelag støtter utvalgets mindretall og ønsker stønad fra folketrygden når behandlingen skjer etter henvisning fra lege.

Lindås kommune uttaler:

«Alternativ medisinsk behandling utført av ein registrert utøvar må kunne gje refusjon frå folketrygda.»

Norsk Homøopatisk Pasientforening ønsker primært stønad fra folketrygden for «pasienter som oppsøker seriøse alternativ medisinske utøvere», men har ikke konkrete forslag til hvordan det kan gjøres. Subsidiært støttes flertallets subsidiære forslag til lovbestemmelse.

Enkelte andre høringsinstanser ønsker stønad ved spesielle behandlingsmetoder.

Den Norske Jordmorforening ønsker at utdanning innen akupunktur og homøopati skal bli offentlig godkjent, og ønsker deretter refusjonsordninger for disse behandlingsformene ut fra et ønske om at behandlingstilbudet skal være tilgjengelig for alle.

Norske Legers Forening for Akupunktur og Nordisk akupunkturhøgskole uttaler begge:

«Behandling hos offentlig registrert akupunktør bør kunne kompenseres fra samfunnet gjennom særfradrag på skatteseddel eller gjennom hel eller delvis kompensasjon av folketrygden.»

Norske legers forening for antroposofisk medisin uttaler:

«... antroposofisk medisin har terapier som helseeurytmi, massasje og språkforming samt kunstneriske terapier som maling, modellering og musikk som vi mener bør berettigje til refusjon. Terapeutene har lang utdanning og ofte mye pasienterfaring. Som lege utøves ikke «alternativ medisin», men mer skolemedisin i en utvidet form med forståelse av sunnhet og sykdom utfra et antroposofisk menneskebilede.»

Forbundet Tenner og Helse er opptatt av at det gis tilstrekkelig økonomiske støtte, herunder trygderefusjon, til pasienter med invalidiserende problemer som følge av forgiftninger som skyldes tannfyllinger.

15.4 Utviklingen siden avgivelsen av NOU 1998: 21 Alternativ medisin

Det er ikke skjedd betydelige endringer i ordningen med stønad fra folketrygden etter avgivelsen av NOU 1998: 21 Alternativ medisin.

Det er fra 1. juli 2001 innført lovfestet stønadsrett for behandling hos ortoptist. Det er et vilkår at pasienten er henvist fra legespesialist i øyesykdommer, og at behandlingen er av vesentlig betydning

for pasientens funksjonsevne. Stønad ytes for tiden med kr. 135 per behandling (kr. 230 per behandling for barn under 7 år).

Det pågår en toårig forsøksordning i tre fylker der kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi kan gi behandling med trygderefusjon uten henvisning fra lege. Forsøksordningen omfatter også mulighet for at kiropraktor/manuellterapeut kan henvise til legespesialist og fysikalsk behandling samt sykmelde pasienter for inntil åtte uker med rett til sykepenger.

15.5 Andre lands rett

Departementet har fått opplyst at det i Danmark og Sverige ikke gis stønad/refusjon gjennom trygdesystemene ved alternativ behandling, og at det i Finland og Island ikke gis slik stønad/refusjon med mindre behandlingen utføres av helsepersonell. I Finland gis stønad til behandling av osteopat og naprapat dersom pasienten er diagnostisert og henvist av lege, og behandleren er ansatt i helsetjenesten. Osteopater og naprapater er godkjent som helsepersonell i Finland.

I Storbritannia ytes noen former for alternativ behandling i en del offentlige sykehus. Det gis i noen utstrekning stønad/refusjon ved alternativ behandling utenfor sykehus etter henvisning fra lege. Stønad gis ikke automatisk som en lovfestet rettighet, men etter bestemmelser fra det lokale «Primary Care Trust» som forvalter midlene og avgjør ved hvilke typer behandling det skal gis stønad/refusjon.

I Tyskland gis det stønad/refusjon gjennom trygdesystemet når den tyske legeföreningen anser behandlingsformen for å være vitenskapelig dokumentert, og behandlingen gis av lege. Behandling hos «Heilpraktikere» gir ikke rett til stønad/refusjon.

I Frankrike gis stønad/refusjon fra trygdesystemet for enkelte former alternativ behandling dersom det er lege som gir behandlingen.

15.6 Departementets vurdering

Departementet finner ikke grunnlag for å foreslå innføring av stønad fra folketrygden ved behandling hos utøvere av alternativ behandling.

Det foreligger foreløpig lite vitenskapelig dokumentasjon som viser at slik behandling har effekt ved sykdom. Dersom det skal innføres stønad bør det først dokumenteres effekt i større grad. Den

omstendighet at det ikke foreligger stor grad av vitenskapelig dokumentasjon for effekt av alle de metoder som det i dag ytes stønad til, er ikke et argument for å innføre stønad for flere metoder som ikke er tilstrekkelig dokumentert.

Som flertallet i Aarbakke-utvalget pekte på, ville innføring av stønad ved alternativ behandling også medføre store avgrensningsproblemer i forhold vilkårene for stønad. Det ville være vanskelig å fastsette hvilke behandlingsmetoder og hvilke behandlere ordningen skulle gjelde, og eventuelt ved hvilke tilstander. En registerordning som den foreslåtte, jf. kapittel 14, vil ikke gi et hensiktsmessig grunnlag for avgrensning i forbindelse med stønad fra folketrygden. Dersom noen grupper utøvere av

alternativ behandling senere skulle bli autorisert som helsepersonell, ville dette praktiske problemet være mindre for vedkommende gruppe. Det er imidlertid ikke gitt at det vil bli innført stønad fra folketrygden selv om visse grupper utøvere av alternativ behandling skulle få autorisasjon. Det ytes ikke stønad fra folketrygden for alle typer behandling som ytes av autorisert helsepersonell. Dette gjelder også helsepersonellgrupper hvor en stor andel driver selvstendig virksomhet. For eksempel ytes det ikke stønad til ordinær tannbehandling eller behandling hos fotterapeut.

Departementet anbefaler på denne bakgrunn at det ikke innføres ordninger for stønad fra folketrygden ved alternativ behandling.

16 Økonomiske og administrative konsekvenser

16.1 Innledning

I dette kapittelet redegjøres det for økonomiske og administrative konsekvenser av de foreslåtte rettslige tiltak. I kapittel 12 har departementet foreslått at kvaksalverloven oppheves og erstattes av en ny lov om alternativ behandling av sykdom mv. Videre har departementet i kapittel 14 foreslått at det med hjemmel i den nye loven opprettes en frivillig registerordning for utøvere av alternativ behandling. I det videre vil de økonomiske og administrative konsekvensene av disse tiltakene bli drøftet separat.

Når det gjelder økonomiske og administrative konsekvenser av foreslåtte tiltak som er av utenomrettslig art, vises det til pkt. 11.5 hvor dette er redegjort for.

16.2 Økonomiske og administrative konsekvenser av ny lov om alternativ behandling

Den foreslåtte lovregulering av alternativ behandling innebærer at Forbrukerombudet blir ansvarlig tilsynsmyndighet for alternative utøveres markedsføring, se nærmere omtale i pkt. 12.17.6. Forbrukerombudet har behov for å bygge opp kompetanse på feltet alternativ behandling for å kunne drive et aktivt tilsyn. Ivaretagelsen av tilsynsansvaret antas å ha en kostnad på ca. 1 million kroner pr. år.

I lovforslaget er det lagt opp til at en rekke bestemmelser skal utfylles ved forskrifter.

16.3 Økonomiske og administrative konsekvenser av frivillig registerordning for utøvere av alternativ behandling

Økonomiske konsekvenser

I kapittel 14 er det redegjort for opprettelse av en frivillig registerordning for utøvere av alternativ behandling. Departementet foreslår at ordningen reguleres nærmere i forskrift med hjemmel i forslaget til lov om alternativ behandling av sykdom mv.

Registerordningen innebærer at departementet etter søknad godkjenner yrkesorganisasjoner for alternative behandlere, forutsatt at organisasjonene oppfyller bestemte vilkår. Medlemmene i de godkjente organisasjonene kan deretter på nærmere vilkår registrere seg i et utøverregister som departementet foreslår opprettet ved Brønnøysundregistrene. Vilkårene for å bli registrert som utøver må fastsettes i forskrift, og det er den enkelte utøver som må dokumentere at vilkårene for registrering er oppfylt.

Den nærmere saksgang i denne registreringsprosessen vil måtte avklares i forskriften. Det vil således måtte vurderes om det er mest hensiktsmessig at det er organisasjonene selv som vurderer om medlemmet oppfyller vilkårene for registrering eller om denne vurderingen skal gjøres ved Brønnøysundregistrene. Departementet legger til grunn at den sistnevnte ordningen vil være den mest betryggende idet det her vil være snakk om et offentlig register.

Den foreslåtte registerordningen er i stor grad i samsvar med forslaget i NOU 1998:21 Alternativ medisin. Utvalget la til grunn at registerordningen ville medføre utgifter til oppstart (prosjektkostnader) og drift.

Etter anmodning fra utvalget beregnet Brønnøysundregistrene utgiftene ved ordningen. Av NOU-en fremgår at prosjektkostnadene ble beregnet til 575 400 kroner, inklusive utgifter til 1,3 årsverk (engangsinnsett) til utvikling og prosjektadministrasjon. Driftskostnadene ble beregnet til rundt 410 000 kroner pr. år, inklusive 0,6 årsverk pr. år til saksbehandling.

Informasjonskostnader var ikke inkludert i overslaget fra Brønnøysundregistrene, men utvalget anslo at det burde brukes i størrelsesorden 100 000 kroner til informasjon om ordningen.

I NOU-en la utvalget til grunn at de anslåtte prosjektkostnadene ville være dekket inn dersom rundt 2 300 utøvere lot seg registrere, forutsatt at gebyret for registrering ble satt til 250 kroner. Ved 2 700 registrerte utøvere ville også informasjonskostnadene være dekket inn. Utvalget påpekte vanskelighetene ved å anslå hvor mange utøvere som vil la seg registrere, men basert på antall medlemmer i foreninger for alternative utøvere, anslo

utvalget at antall registrerte utøvere ville bli i størrelsesorden 2 000–3 000.

Når det gjelder driftsutgiftene ved registeret antok utvalget at disse ville bli dekket inn dersom antall registrerte ble som antydnet ovenfor, og dersom årsavgiften ble fastsatt til 200 kroner.

Dersom færre utøvere enn antatt ønsket å la seg registrere, antok utvalget at registerordningen maksimalt ville medføre en belastning for det offentlige på 400 000 kroner første år, og 200 000 kroner de etterfølgende år.

I arbeidet med lovforslaget har departementet innhentet en rekke bidrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Direktoratet har blant annet vært i kontakt med Brønnøysundregistrene som har indikert at kostnadsberegningene gjort for Aarbakke-utvalget fortsatt kan være veiledende.

Direktoratet har etter dette estimert etableringskostnadene til under 1 million kroner, og lagt til grunn at den enkelte registrerte skal bidra til å dekke disse utgiftene gjennom et registreringsgebyr, for eksempel 500 kroner. Årlig drift foreslås finansiert gjennom en årlig avgift, anslagsvis 300 kroner for den enkelte registrerte.

Departementet foreslår at etableringskostnadene i første omgang dekkes av staten, men at dette kan søkes dekket inn igjen ved et gebyr for registrering. Departementet foreslår videre at de årlige

driftsutgifter ved registeret dekkes gjennom den årsavgift de registrerte skal betale.

Når det gjelder omfanget av økonomiske konsekvenser viser departementet til direktoratets overslag, og legger dette til grunn.

Administrative konsekvenser

Basert på uttalelser fra Brønnøysundregistrene, la utvalget til grunn administrative konsekvenser i form av at Brønnøysundregistrene vil måtte opprette stillinger for å få utført utviklingsarbeidet (1,3 årsverk) og saksbehandlingen (0,6 årsverk per år). Dette er inkludert i ovennevnte tall. Ordningen antas ikke å ha administrative konsekvenser for øvrig.

Av den foreslåtte registerordning følger at departementet skal godkjenne utøverorganisasjoner for alternative behandlere som ønsker å inngå i registerordningen. Vilklårene for godkjenning vil måtte fastsettes i forskrift. Godkjenningsbehandlingen av yrkesorganisasjoner vil få administrative konsekvenser i form av at dette vil medføre arbeidsoppgaver for berørte etater. Mesteparten av arbeidet vil sannsynligvis kunne delegeres til Sosial- og helsedirektoratet. Det må antas at dette arbeidet vil kreve 7–8 månedsverk på saksbehandlernivå. Arbeidet med godkjenning av organisasjonene antas i all hovedsak å være et engangsarbeid.

Del IV

*Særskilte merknader til utkast til lov om
alternativ behandling av sykdom mv.*

17 Merknader til de enkelte bestemmelsene

§ 1 Lovens formål

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter som søker eller mottar alternativ behandling samt å regulere adgangen til å utøve slik behandling.

Til § 1:

Hva som menes med alternativ behandling er beskrevet i § 2 tredje ledd, se også merknadene til § 2 samt pkt. 12.8.3.

Når denne loven bruker begrepet «pasient» menes den som søker eller mottar alternativ behandling. Dette innebærer ikke nødvendigvis at vedkommende er syk. Også forebyggende tjenester omfattes i noen grad. Begrepet brukes ikke i samme betydning som i pasientrettighetsloven. Se nærmere om dette i pkt. 12.8.3.4. Se pkt. 12.8.5 om forholdet til pasientrettighetsloven.

§ 2. Lovens virkeområde, begreper mv.

Loven gjelder den som tilbyr eller utøver alternativ behandling i riket.

Bestemmelser om stedlig virkeområde gitt i medhold av helsepersonelloven § 2 andre og tredje ledd gjelder tilsvarende for denne lov så langt de passer.

Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten, og som ikke utøves av autorisert helsepersonell. Behandling som utøves i helsetjenesten eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helsetjenesten.

Med helsepersonell menes i denne lov personer som definert i helsepersonelloven § 3.

Når alternativ behandling utøves i helsetjenesten eller av autorisert helsepersonell, gjelder også helsepersonelloven. Autorisert helsepersonell skal gi informasjon og innsyn i journal tilsvarende det som følger av helsepersonelloven § 10 og § 41, også dersom pasienten ikke har rettigheter etter pasientrettighetsloven.

Til § 2:

Bestemmelsen regulerer dels lovens stedlige virkeområde og dels det saklige virkeområdet. Bruken av enkelte sentrale begreper er omtalt.

Av *andre ledd* følger at dersom det fastsettes bestemmelser om geografisk virkeområde for helsepersonelloven, skal virkeområdet for herværende lov være det samme uten at det er nødvendig å fastsette dette særskilt. Bestemmelsene i slik forskrift etter helsepersonelloven vil gjelde tilsvarende så langt de passer. Se pkt. 12.8.2.

Tredje til femte ledd redegjør for lovens begrepsbruk og forholdet til helsepersonelloven (lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv.). Se pkt. 12.8.3 om lovens begrepsbruk og saklige virkeområde, og pkt. 12.8.4 om forholdet til helsepersonelloven.

Når det i bestemmelsen her brukes betegnelsen «autorisert helsepersonell» menes både personell som har autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 og personell som har lisens etter helsepersonelloven § 49.

Alternativ behandling forklares i *tredje ledd* med begrepet «helselatert behandling». Se pkt. 12.8.3.1 om forståelsen av behandlingsbegrepet og avgrensninger mot behandling som ikke i hovedsak er helserelatert.

Begrepet «helsetjenesten» brukes på samme måte som i pasientrettighetsloven, jf. pkt. 12.8.3.

De bestemmelser som forbeholder helsepersonell bruk av visse metoder og behandling av visse sykdommer, jf. §§ 5–7, innebærer et forbud for *alle andre* enn helsepersonell mot å bruke disse metodene og behandle disse sykdommene. Dette gjelder uavhengig om vedkommende anvender en terapiform som i vanlig begrepsbruk omtales som alternativ behandling. Bestemmelsene gjelder også personer som ikke angir noen spesiell fagretning eller behandlingform som grunnlag for den behandling de gir, eller som behandler ut fra «skolemedisinske» prinsipper og metoder. Forbudsbestemmelsene kan også ramme personer som tidligere har vært helsepersonell.

Det er presisert i *fjerde ledd* at begrepet helsepersonell i denne loven brukes i samme forstand som i helsepersonelloven.

Helsepersonell må innordne seg helsepersonellovens regler også når de utøver alternativ behandling, jf. *femte ledd*. En del av pliktbestemmelsene i helsepersonelloven er formulert slik at helsepersonell plikter å oppfylle rettigheter pasienter og pårø-

rende har etter pasientrettighetsloven, jf. helsepersonelloven § 10 om informasjon og § 41 om innsyn i journal. Femte ledd *andre punktum* fastsetter at disse pliktene skal gjelde tilsvarende når autorisert helsepersonell yter alternativ behandling utenfor helsetjenesten selv om pasientrettighetsloven ikke kommer til anvendelse. Se pkt. 12.8.4 om forholdet til helsepersonelloven og pkt. 12.8.5 om forholdet til pasientrettighetsloven.

§ 3 Registerordning

Departementet gir forskrift om en frivillig registerordning for helsepersonell og andre som utøver alternativ behandling. Herunder kan det gis bestemmelser om

1. gebyr ved registrering og
2. årlig avgift for opprettholdelse av registreringen.

Til § 3:

Bestemmelsen pålegger departementet å gi forskrift om en registerordning.

Registerordningen er nærmere beskrevet i kapittel 14, herunder departementets vurdering av ulike vilkår som må kunne stilles for å bli registrert, rettigheter og plikter som følge av registreringen, samt forslag til organisering og administrering av registerordningen.

Registerordningen er åpen både for personer som er helsepersonell etter definisjonen i helsepersonelloven § 3 og som utøver alternativ behandling, og for andre som utøver alternativ behandling.

Registerordningen er frivillig. Det vil si at det ikke skal være et vilkår for å utøve alternativ behandling at man er registrert. Dette innebærer at alle de øvrige bestemmelsene i loven gjelder for utøvere av alternativ behandling uavhengig av om de er registrert eller ikke.

For å kunne bli registrert forutsettes det at virksomhet av et visst omfang. Den som kun utøver alternativ behandling leilighetsvis vil ikke kunne bli registrert.

§ 4 Taushetsplikt

Bestemmelsene om taushetsplikt i helsepersonelloven §§ 21 til 25 gjelder tilsvarende for andre enn helsepersonell som utøver alternativ behandling, så langt de passer.

Til § 4:

I pkt. 12.10 er det redegjort for innholdet og begrunnelsen for bestemmelsen.

Behandlere som ikke er helsepersonell pålegges tilsvarende taushetsplikt som helsepersonell etter helsepersonelloven §§ 21 til 25. I Ot.prp. nr. 13 (1998–99) om lov om helsepersonell mv. er det redegjort for reglenes innhold, jf. særlig kapittel 11.

Helsepersonellovens bestemmelser i §§ 21 til 25 om taushetsplikt gjelder tilsvarende så langt de passer. Dette innebærer blant annet at deler av §§ 21 til 25 som regulerer annet enn taushetsplikt ikke kommer til anvendelse.

Brudd på bestemmelsen kan sanksjoneres med straff i henhold til § 9.

Den ordinære strafferammen i § 9 første ledd tilsvarende strafferammen i den straffebestemmelsen som kommer til anvendelse ved helsepersonells brudd på taushetsplikten, jf. helsepersonelloven § 67.

§ 5 Medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko

Medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter, skal kun utøves av helsepersonell.

Departementet kan ved forskrift bestemme det nærmere innholdet i første ledd.

Til § 5:

Utgangspunktet er at det står enhver fritt å undersøke og behandle syke, men §§ 5–7 fastsetter innskrenkninger i denne adgangen. Innskrenkningene gjelder dels behandlingsmetoder og medisinske inngrep som innebærer alvorlig helserisiko (§ 5) og dels behandling av visse typer sykdommer og lidelser (§§ 6 og 7).

Fremfor en konkret oppramsing av de spesifikke behandlingsformer eller medisinske inngrep som skal være forbeholdt helsepersonell, er § 5 gitt en generell form ved at den retter seg mot alle former for medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienten.

Forbudet i § 5 gjelder ikke for helsepersonell. Situasjonen for helsepersonell reguleres av helsepersonelloven § 4 om faglig forsvarlighet, herunder innrettelse etter kvalifikasjoner mv. Det må vurderes konkret for de ulike typer inngrep og den enkelte behandlingsmetode, hvilke(n) gruppe(r) helsepersonell som skal ha adgang til å bruke metoden/utføre inngrepet.

I forhold til herværende § 5 første ledd vil det avgjørende for om en behandlingsform eller et medisinsk inngrep skal være forbeholdt helsepersonell, være om metoden kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter. Risikoen må vurderes generelt, ikke i forhold til den enkelte pasient. Imidlertid vil utøvel-

se av medisinske inngrep eller behandling som ikke omfattes av forbudet i § 5, etter en konkret vurdering i det enkelte tilfelle kunne være straffbar etter straffebestemmelsen i § 9 andre ledd. Dette gjelder for eksempel der hvor pasienten har en tilleggssykdom som gjør at bruk av en bestemt behandlingsmetode utsetter denne pasientens liv eller helse for alvorlig fare, selv om behandlingsmetoden generelt ikke vil innebære alvorlig helserisiko for andre pasienter. Tilsvarende vil det kunne være straffbart å bruke behandlingsformer eller medisinske inngrep som generelt faller utenfor forbudet i § 5, dersom måten behandlingen utføres på eller den aktuelle behandlingsmetode brukt i tillegg til annen behandling, etter en konkret vurdering må sies å utsette pasientens liv eller helse for alvorlig fare.

Selv om begrepet «pasient» er brukt i bestemmelsen, innebærer ikke dette at vedkommende skal anses som «pasient» i henhold til lov om pasientrettigheter, jf. merknadene til § 1 og pkt. 12.8.5.

I og med at bestemmelsen gjelder både medisinske inngrep og behandling, vil det ikke være nødvendig å trekke noen klar grense mellom hva som er «inngrep» og hva som er «behandling». Også nærmere bestemte undersøkelsesmetoder kan være å anse for «inngrep eller behandling» etter bestemmelsen. Det å anvende bedøvelse eller anestesi kan medføre alvorlig helserisiko for pasienten, og vil dermed også være forbudt. I pkt. 12.11 er det redegjort nærmere for hva som ligger i begrepet «medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko».

I bestemmelsens *andre ledd* gis departementet hjemmel til i forskrift å fastsette det nærmere innholdet i første ledd.

I siste instans vil det være domstolene som, – i forbindelse med straffesak mot en person som har utført slik behandling/inngrep, vil måtte avgjøre om en behandlingsmetode eller et medisinsk inngrep omfattes av bestemmelsen i § 5.

Behandling i strid med regelen i § 5 vil være ulovlig, og straffbar etter § 9. Straff rammer den som gir behandling. Det å markedsføre eller tilby behandling som man ikke har lov å utføre, vil kunne rammes av forbudet i § 8 om villedende eller uetisk markedsføring. Det er ikke straffbart for pasienten å søke eller motta behandling.

§ 6 Behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer

Behandling av sykdom som i henhold til lov om vern mot smittsomme sykdommer § 1–3 er å anse som allmennfarlig smittsom sykdom, skal kun utføres av helsepersonell.

Andre enn helsepersonell kan likevel utøve behandling som utelukkende har til hensikt å lindre eller dempe symptomer på eller følger av sykdommen eller bivirkninger av gitt behandling, eller som har som formål å styrke kroppens immunforsvar eller evne til selvhelbredelse.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om behandling etter andre ledd.

Til § 6:

Forbudet gjelder ikke for helsepersonell, jf. merknadene til § 5.

I smittevernloven § 1–3 første ledd nr. 1 defineres «smittsomme sykdommer». Definisjonen av «allmennfarlige smittsomme sykdommer» fremgår av nevnte lov § 1–3 første ledd nr. 3. Med hjemmel i bestemmelsens andre ledd er det i forskrift fastsatt hvilke smittsomme sykdommer som skal regnes som allmennfarlige, jf. forskrift 1. januar 1995 nr. 100. Slike sykdommer vil således være omfattet av forbudet etter § 6 *første ledd* i herværende lov, og kan bare behandles av helsepersonell. Bestemmelsen er nærmere omtalt i pkt. 12.13.

Bestemmelsens *andre ledd* innebærer et unntak fra første ledd. Unntaket innebærer at behandlere som ikke er helsepersonell, kan behandle personer som lider av allmennfarlig smittsom sykdom dersom behandlingen utelukkende har til hensikt å lindre symptomer på eller følger av sykdommen, for eksempel uvelfølelse, søvnvansker eller slapphet. Det samme gjelder behandling som har til hensikt å lindre eller dempe eventuelle bivirkninger som er en følge av den behandling som pasienten innenfor den ordinære helsetjenesten gis for sin allmennfarlige smittsomme sykdom. Likedan vil unntaket etter bestemmelsens andre ledd omfatte behandling som tar sikte på å styrke pasientens immunforsvar, eller på annen måte styrke pasientens selvhelbredende krefter.

Behandling som nevnt i andre ledd kan gis av andre enn helsepersonell. Det presiseres imidlertid at unntaket ikke gjelder behandling av selve grunn sykdommen. Slik behandling skal utelukkende være forbeholdt helsepersonell.

Behandling etter andre ledd må ikke gis dersom behandlingen kan ha negativ innvirkning på grunn sykdommen eller på en negativ måte påvirke effekten av den behandlingen pasienten mottar i den ordinære helsetjenesten. Pasientens lege bør kontaktes dersom det er tvil om dette.

Bestemmelsen innebærer ikke endringer i de rettigheter og plikter som følger av smittevernlovens bestemmelser om behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer, herunder plikten for

smittede personer til å la seg undersøke av lege. Den alternative behandleren bør kjenne til lovgivningen på dette området og anbefale pasienten å ta kontakt med lege dersom det må antas at pasienten har en allmennfarlig smittsom sykdom.

Departementet kan med hjemmel i *tredje ledd* gi forskrift med nærmere bestemmelser om hva slags behandling som omfattes av bestemmelsens andre ledd.

Behandling i strid med regelen i § 6 vil være ulovlig, og straffbar etter § 9. Straff rammer den som gir behandling. Det er ikke straffbart for pasienten å søke eller motta behandling.

§ 7 Behandling av alvorlige sykdommer og lidelser

Behandling av andre alvorlige sykdommer og lidelser enn dem som omfattes av § 6, skal heller ikke utøves av andre enn helsepersonell.

Andre enn helsepersonell kan likevel utøve behandling som utelukkende har til hensikt å lindre eller dempe symptomer på eller følger av sykdommen eller lidelsen eller bivirkninger av gitt behandling, eller som har som formål å styrke kroppens immunforsvar eller evne til selvhelbredelse.

Bestemmelsen i første ledd gjelder ikke dersom behandlingen skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, og pasienten er myndig og har samtykkekompetanse etter pasientrettighetsloven § 4-3 første og andre ledd. Det samme gjelder for andre pasienter dersom helsetjenesten ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby pasienten. Samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven §§ 4-4, 4-5, 4-7 og 4-8 gjelder tilsvarende så langt de passer.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke sykdommer og lidelser som omfattes av første ledd, og om behandling etter andre og tredje ledd.

Til § 7:

Bestemmelsen er nærmere omtalt i pkt. 12.14.

Forbudet gjelder ikke helsepersonell. Forholdet mellom de ulike helsepersonellgruppers adgang til å behandle slike sykdommer eller lidelser er regulert i helsepersonelloven § 4, jf. merknadene til herværende lovs § 5.

Første ledd retter seg mot alle former for alvorlige sykdommer og lidelser som ikke omfattes av bestemmelsen i § 6. I bestemmelsens andre ledd er det inntatt en modifisering av forbudet i første ledd. Dernest er det i tredje ledd på visse vilkår gjort unntak fra forbudet i første ledd. Av bestemmelsens fjerde ledd fremgår at departementet ved for-

skrift kan gi nærmere bestemmelser om hvilke sykdommer og lidelser som omfattes av første ledd, samt bestemmelser om behandling etter andre og tredje ledd.

Med «behandling» i denne bestemmelsen siktes det hovedsakelig til behandling av sykdom som allerede er kjent eller diagnostisert.

Begrepet «alvorlige sykdommer og lidelser» omfatter både somatiske sykdommer og lidelser og psykiske lidelser. Alvorlige sinnslidelser er nærmere omtalt i pkt. 12.12, jf. også pkt. 12.14.4.

Vurderingen av om sykdommen eller lidelsen skal være å anse for «alvorlig» i henhold til bestemmelsen, må foretas generelt og ikke i forhold til den enkelte pasient. Selv om det etter en slik generell vurdering legges til grunn at det ikke er snakk om en «alvorlig sykdom eller lidelse», – og sykdommen eller lidelsen dermed ikke er forbeholdt helsepersonell å behandle, vil behandlingen etter en konkret vurdering allikevel kunne være straffbar etter straffebestemmelsen i § 9 andre ledd, dersom den utsetter den bestemte pasientens liv eller helse for alvorlig fare.

Ved vurderingen av hva som er å anse som alvorlig sykdom eller lidelse vil det måtte foretas en helhetsvurdering. Det må blant annet legges vekt på hvor smertefull sykdommen normalt er, hvor syk pasienten normalt vil bli, om sykdommen vil medføre funksjonsnedsettelse eller invaliditet, og om sykdommen vil medføre tap av viktige kroppsfunksjoner eller sanser. Både fysiske og psykiske følger av sykdommen kan vektlegges ved denne vurderingen. Det kan også være relevant i hvilken grad det innenfor helsetjenesten finnes effektiv behandling, enten når det gjelder å behandle sykdommen, holde sykdommen i sjakk eller forhindre tilbakefall av tidligere behandlet sykdom. Dette må særlig sees i sammenheng med hvilken prognose sykdommen normalt vil ha dersom den forblir ubehandlet, og hvilke konsekvenser det vil få for pasienten å ikke motta behandling.

Ved vurderingen av om en sykdom eller lidelse skal sies å være alvorlig i forhold til § 7, vil det også måtte sees hen til hvor komplisert sykdommen er å behandle eller hvilke medisinske kunnskaper som kreves for å behandle sykdommen. Dersom sykdommen bare kan behandles av høyt spesialisert helsepersonell, vil sykdommen lettere bli å karakterisere som alvorlig i forhold til § 7, enn der hvor behandling kan gjøres av en større gruppe helsepersonell.

Bestemmelsens *andre ledd* innebærer som nevnt en modifisering av forbudet etter første ledd. Det fastsettes her at også andre enn helsepersonell kan behandle pasienter med alvorlige sykdommer

og lidelser, så fremt behandlingen utelukkende har til hensikt å lindre symptomer på eller følger av sykdommen, for eksempel uvelfølelse, søvnvan-sker eller slapphet. Andre enn helsepersonell vil også kunne gi behandling som har til hensikt å lin-dre eller dempe eventuelle bivirkninger som er en følge av den behandling som pasienten gis innenfor den ordinære helsetjenesten. Likedan vil det etter andre ledd være adgang til å gi behandling som tar sikte på å styrke pasientens immunforsvar, eller på annen måte styrke pasientens selvhelbredende krefter.

Det presiseres imidlertid at unntaket ikke gjel-der behandling av selve grunnsykdommen, i det slik behandling som hovedregel skal være forbe-holdt helsepersonell, jf. imidlertid tredje ledd hvor-etter det på bestemte vilkår gjøres unntak fra dette. Hvorvidt behandlingen skal sies å gjelde selve grunnsykdommen eller sidevirkninger/følger av denne, vil måtte avgjøres etter en konkret helhets-vurdering. Behandling etter andre ledd må ikke gis dersom slik behandling kan ha negativ innvirkning på grunnsykdommen eller på en negativ måte kan påvirke effekten av behandling som pasienten mot-tar i den ordinære helsetjenesten. Pasientens lege bør kontaktes dersom det er tvil om dette.

Tredje ledd inneholder en unntaksbestemmelse fra første ledd. Bestemmelsen innebærer at det un-der visse forutsetninger likevel vil være lovlig for andre enn helsepersonell å behandle de sykdom-mer som omfattes av første ledd, dvs. behandling av selve grunnsykdommen/-lidelsen. Etter bestem-melsen må ett grunnvilkår alltid være oppfylt, samt ett av to alternative vilkår avhengig av pasientens alder og mentale tilstand mv.

Grunnvilkåret er at behandlingen skal skje i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege. Bestemmelsen skiller seg på dette punkt fra lovens øvrige bestemmelser, idet det eksplisitt nevnes «le-ge» og ikke helsepersonell generelt. Dersom pasi-enten ikke har kontakt med lege, og heller ikke vil oppsøke lege, vil vilkåret ikke være oppfylt, og be-handler som ikke er helsepesonell har da ikke ad-gang til å behandle grunnsykdommen.

Med *samarbeid* menes at legen enten henviser pasienten til den alternative behandler eller på an-nen måte aktivt forholder seg til denne for å bidra til at pasienten får et best mulig totaltilbud. Tilsva-rende vil slikt samarbeid kunne komme i stand et-ter at pasienten har oppsøkt alternativ behandler, og denne behandleren kontakter pasientens lege som deretter inngår et samarbeid om den videre behandling.

Vilkåret *samforståelse* er et svakere alternativ. I dette legges at legen, når han eller hun får vite at

den alternative behandler ønsker å behandle pasi-enten, kun gir uttrykk for at dette er i orden, men ikke innleder noe samarbeid med den alternative behandler. Med samforståelse menes også de tilfel-lene hvor legen gir uttrykk for at han ikke vil mot-sette seg pasientens ønske om alternativ behand-ling.

Selv om den alternative behandling skjer i sam-arbeid eller samforståelse med pasientens lege, vil ikke legen være ansvarlig for den behandling pasi-enten får hos den alternative behandler. Legen vil imidlertid etter helsepersonelloven være ansvarlig for de råd han gir pasienten angående den alternati-ve behandling, for eksempel dersom pasienten ber om legens vurdering i forhold til om han bør velge alternativ behandling. Legen vil også være ansvar-lig for den skolemedisinske behandling han gir pa-sienten etter at pasienten begynner med alternativ behandling. Som eksempel kan det vises til tilfeller hvor legen anbefaler pasienten å velge alternativ behandling fremfor skolemedisinsk behandling, el-ler hvor legen endrer eller legger om sin behand-ling under henvisning til at pasienten i tillegg får al-ternativ behandling. Legens forhold vil i slike tilfel-ler måtte vurderes konkret i forhold til forsvarlig-hetskravet etter helsepersonelloven § 4.

I vilkåret om at den alternative behandlingen skal skje i samarbeid eller samforståelse med pasi-entens lege, ligger ikke noe krav om at legen skal sette seg grundig inn i den alternative behandlings-form som ønskes gitt, og i hvilken grad denne kan sies å ha dokumentert behandlingseffekt i forhold til pasientens sykdom eller lidelse. Han vil imidler-tid måtte sette seg inn i behandlingsformen i den utstrekning dette er nødvendig for at han kan gi sitt råd. For eksempel må han forsikre seg om at den alternative behandling ikke innebærer bruk av stof-fer som vil påvirke effekten av legemidler legen har forskrevet, eventuelt om mulig sørge for kompen-sasjon for slik påvirkning.

For den alternative utøver vil behandling omfat-tet av første ledd være straffbar dersom legen har gitt beskjed om at han eller hun motsetter seg slik behandling, eller dersom legen ikke har besvart den alternative utøvers henvendelse. Bestemmel-sen innebærer at pasienten eller den alternative be-handler må gi melding til pasientens lege, og den alternative behandler må deretter forsikre seg om at den videre behandling kan skje i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege. Det fastsettes ikke krav med hensyn til meldingens eller svarets form.

Idet alternative behandlere ikke er pålagt doku-mentasjonsplikt, vil den alternative behandler i ut-gangspunktet ikke være pålagt å dokumentere at

behandlingen skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege. Imidlertid bør alternative utøvere sørge for dokumentasjon på at det foreligger samarbeid eller samforståelse med pasientens lege. Dette av hensyn til eventuell straffeforfølgelse. For pasientens lege vil det følge av dokumentasjonsbestemmelsene i helsepersonelloven §§ 39 og 40 at legen må nedtegne i pasientjournalen hvorvidt slik behandling skjer i samarbeid eller samforståelse med ham eller henne.

I tillegg til grunnvilkåret om samarbeid eller samforståelse, gjelder som nevnt to alternative vilkår. Det første av de alternative vilkårene fremgår av tredje ledd *første punktum*, og gjelder pasient som er myndig (det vil si pasienter som er over 18 år og ikke er umyndiggjort), og som heller ikke lider av en permanent eller forbigående svekkelse som gjør at vedkommende ikke har samtykkekompetanse, smnl. vurderingstemaene som følger av pasientrettighetsloven § 4–3 første og andre ledd. Bestemmelsen gjelder både i de tilfellene hvor pasienten velger alternativ behandling som et supplement til behandlingstilbud fra helsetjenesten, og hvor pasienten velger bort behandlingstilbud fra helsetjenesten til fordel for alternativ behandling.

Det andre alternative vilkåret fremgår av tredje ledd *andre punktum* og gjelder pasientgrupper som er i en slik alder eller tilstand at de ikke omfattes av første alternativ, jf. første punktum. I disse tilfellene er det andre som representerer pasienten ved avgjørelser om behandling mv. De som representerer pasienten gis ikke samme adgang til å velge alternativ behandling som pasienter som selv er kompetente til å velge. Vilkåret for at alternative behandlere straffritt skal kunne behandle denne pasientgruppen for sykdommer og lidelser som omfattes av første ledd, er at helsetjenesten ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby pasienten.

Med «lindrende» behandling siktes det til behandling som påvirker pasientens situasjon utover ren smertestilling. Ren smertelindring vil helsetjenesten normalt alltid kunne gi, og det kreves derfor noe mer enn dette. Som eksempel kan nevnes behandling av diabetes med insulin. Behandlingen helbreder ikke sykdommen, men lindrer symptomene.

Hvem som i samarbeid eller samforståelse med legen kan velge alternativ behandling for pasienten, følger av tredje ledd siste punktums henvisning til bestemmelsene i lov om pasientrettigheter §§ 4–4, 4–5, 4–7 og 4–8. Det fastsettes her hvem som på vegne av pasienten har kompetanse til å samtykke til helsehjelp i de tilfellene hvor pasienten selv ikke kan samtykke eller mangler samtykkekompetanse. Bestemmelsene i pasientrettighetsloven gjelder til-

svarende så langt de passer. Det er ikke naturlig at alternativ behandler gis samme adgang til å treffe avgjørelse om behandling som den som yter helsehjelp i helsetjenesten har etter pasientrettighetsloven § 4–6, og denne bestemmelsen er derfor ikke gitt tilsvarende anvendelse.

Behandling i strid med § 7 vil være ulovlig, og straffbar etter § 9. Straff rammer den som gir behandling. Det er ikke straffbart for pasienten å søke eller motta behandling.

§ 8 Beskyttet tittel og markedsføring

Bare den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven §§ 48 til 51, har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell.

Bare den som er registrert som utøver av alternativ behandling i register opprettet i medhold av denne lov § 3, har rett til å benytte betegnelsen registrert i tilknytning til sin yrkesbetegnelse som alternativ behandler.

Ingen må uriktig benytte titler eller markedsføre virksomhet på en slik måte at det kan gis inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven, jf. første ledd, eller er registrert utøver av alternativ behandling, jf. andre ledd.

Den som tilbyr alternativ behandling, kan i sin markedsføring kun gi en nøktern og saklig beskrivelse av virksomhetens art.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om markedsføring.

Til § 8:

Bestemmelsen er nærmere omtalt i pkt. 12.15.

Bestemmelsens *første ledd* er gitt tilsvarende ordlyd som § 74 første ledd i helsepersonelloven, med den forskjell at det eksplisitt er inntatt en henvisning til de bestemmelser i helsepersonelloven som gjelder henholdsvis autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Bestemmelsen skal fortolkes på samme måte som helsepersonelloven § 74 første ledd, og skal ikke innebære noen endring av denne bestemmelsen.

I *andre ledd* er det inntatt en tilsvarende markedsføring om tittelbeskyttelse for den som er registrert som utøver av alternativ behandling i det register som skal opprettes med hjemmel i § 3.

I bestemmelsens *tredje ledd* er det inntatt begrensninger i forhold til bruk av titler eller markedsføring av virksomhet som kan gi uriktig inntrykk av at vedkommende har slik yrkesbetegnelse som nevnt i første og andre ledd. Uttrykket «benyt-

te titler» omfatter både muntlig bruk av titler, for eksempel i forbindelse med pasientkonsultasjoner, og skriftlig bruk av titler, for eksempel ved korrespondanse med pasienten eller ved bruk av visittkort og lignende.

Når det gjelder uttrykket «markedsføre virksomhet», siktes det her til enhver form for markedsføring. Det vil således omfatte markedsføring som skjer i papirform, markedsføring som skjer i form av lyd- og bildereklame på tv eller radio, samt ulike former for elektronisk formidlet markedsføring, for eksempel ved e-post eller på Internett, og markedsføring ved hjelp av teletorgtjenester.

Avgjørende for om tittelbruk skal være å anse for uriktig i henhold til bestemmelsen, er om den kan gi inntrykk av at vedkommende innehar tittel som nevnt i bestemmelsens første eller andre ledd. Bruk av tittel man rent faktisk ikke innehar, vil rammes. Likedan vil bestemmelsen kunne ramme ulike former for sammenstilling av slike titler eller bruk av forkortelser, for eksempel «naturlege» eller bruk av forkortelsen «dr.».

Videre vil det være forbudt å markedsføre, behandlingsformer på en måte som uriktig gir inntrykk av at vedkommende innehar slik kompetanse som ellers følger av å være autorisert som helsepersonell. Etter en konkret vurdering vil det for eksempel kunne være i strid med bestemmelsen dersom det reklameres med at man tilbyr kiropraktikkbehandling eller at man gir medisinsk behandling.

Fjerde ledd er en spesialbestemmelse i forhold til markedsføringslovens generelle bestemmelser som også kan komme til anvendelse på markedsføring av alternativ behandling m.v. Forbrukerombudet skal føre tilsyn med markedsføringen i henhold til bestemmelsen.

Regelen om markedsføring vil gjelde i forhold til alle typer alternativ behandling som omfattes av loven, og vil gjelde markedsføring av ulike former for undersøkelse, medisinske inngrep eller annen behandling.

Med begrepet «virksomhetens art» siktes det her både til mer forretningsmessige opplysninger og opplysninger om de ulike behandlingsformer som tilbys.

Når det gjelder forretningsmessige opplysninger, siktes det særlig til opplysninger om navn, tittel, adresse, kontortid, kontaktmåter (telefon, e-post, hjemmeside på Internett) osv. Opplysninger om tittel vil normalt være knyttet til den utdanning man har og/eller den virksomhet man særlig driver. I § 8 andre ledd har departementet foreslått en bestemmelse om tittelbeskyttelse for den som er «registrert utøver». Registrerte utøvere kan følgelig

bruke slik betegnelse i tilknytning til sin yrkesbetegnelse. Forbrukerombudet fører tilsyn med om riktig tittel benyttes.

I tillegg til forretningsmessige opplysninger, omfatter begrepet «virksomhetens art» også opplysninger om de ulike behandlingsformer som tilbys. Det vil her kunne gis beskrivelse av de behandlingsformer som utøveren tilbyr, hva disse går ut på og hvordan de gjennomføres, samt en nøktern beskrivelse av hvilke tilstander de brukes ved.

Markedsføringen skal vurderes ut fra det umiddelbare inntrykk markedsføringen skaper hos den jevne forbruker. Derfor må det utvises særlig akt-somhet ved beskrivelser av hvilke tilstander den alternative behandlingen brukes ved. Bakgrunnen er at markedsføringen lett kan gi et inntrykk av at behandlingsformen har effekt. Dersom det i markedsføringen benyttes påstander om ulike behandlingsformers effekt, er dette påstander som krever dokumentasjon, og slik markedsføring vil være forbudt. Dette vil typisk gjelde markedsføring av en behandlingsform med bruk av løfter om helbredelse, forebyggelse eller lignende av konkrete sykdommer eller lidelser.

Vurderingen i forhold til vilkårene «nøktern og saklig», vil til en viss grad være likeartet, og det vil kunne være vanskelig å si hvilket vilkår som eventuelt er overtrådt, i det begge vilkår ofte vil kunne sies å være overtrådt samtidig. Når det stilles krav om at markedsføringen av alternativ behandling skal være nøktern, siktes det særlig til at markedsføringen ikke må inneholde opplysninger som kan villedde. Det kan blant annet legges vekt på om markedsføringen kan bidra til å utnytte befolkningens mangelfulle kunnskap, for eksempel dersom det er et misforhold mellom tilbudet slik det fremgår av markedsføringen, påregnelig resultat og eventuelle uheldige skader eller bivirkninger. Det vil også kunne være villedende dersom behandleren ikke opplyser pasienten om religiøse elementer i behandlingen.

At markedsføringen skal være saklig vil særlig medføre krav om at markedsføringen ikke utformes på en slik måte at den på en utilbørlig måte undergraver eller svekker tilliten til ordinær helsehjelp eller andre former for alternativ behandling. Kravet om at markedsføringen skal være saklig vil særlig være av betydning når det gjelder beskrivelsen av ulike behandlingsformer som behandleren tilbyr og ved hvilke tilstander disse brukes. Beskrivelsen av de ulike behandlingsformer skal være i tråd med hva som anses for å være allment akseptert på fagområdet. Likedan vil det ved beskrivelsen av hvilke tilstander som behandlingen benyttes ved, være krav om at denne er i tråd med hva som

er allment akseptert innefor aktuelle fagområde. Eksempel på usaklig markedsføring vil være tilfeller hvor en alternativ behandler markedsfører behandlingsvirksomhet som han etter denne lov eller annen lov ikke har adgang til å behandle.

Når det gjelder uttrykket «markedsføre», siktes det her til enhver form for markedsføring og bruk av ethvert medium. Det vil således omfatte markedsføring som skjer i papirform, for eksempel ved oppføring i telefonkataloger, særskilt utarbeidet reklamemateriell eller gjennom annonser i aviser, blader, tidsskrifter eller bransjeblad. Videre vil det omfatte markedsføring som skjer i form av lyd- og bildereklame på tv eller radio. Også elektronisk formidlet markedsføring, for eksempel ved e-post eller på Internett, vil være omfattet. Begrepet vil også omfatte ulike former for markedsføring ved hjelp av teletorgtjenester. Særlig i de tilfeller hvor det benyttes markedsføring på Internett, typisk ved opprettelse av egen hjemmeside, vil vurderingen av markedsføringen etter en konkret vurdering også kunne skje i forhold til de henvisninger/linker som inntatt.

Hvorvidt en behandlers markedsføring skal sies å være i strid med bestemmelsen, vil måtte avgjøres etter en konkret helhetsvurdering.

Med hjemmel i bestemmelsens *femte ledd* kan departementet ved forskrift gi nærmere bestemmelser om markedsføringen.

Brudd på bestemmelsen kan sanksjoneres med straff etter § 9.

§ 9 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.

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 på grunn av behandlingen unnlater å søke kyndig hjelp, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Medvirkning straffes på samme måte.

Ved særdeles skjerpende omstendigheter kan fengsel i inntil 2 år anvendes. Ved vurderingen av om slike omstendigheter foreligger, skal det særlig legges vekt på om handlingen har medført døden eller alvorlig helseskade, om den har vært særlig smertefull eller psykisk belastende, og om den skyldige tidligere er straffet etter paragrafen her.

Det fritar ikke for straff etter første og andre ledd at vedkommende ikke forsto eller burde ha forstått faren eller sykdommens art.

Offentlig påtale finner sted hvis allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.

Til § 9:

Bestemmelsen er nærmere omtalt i pkt. 12.16.

Bestemmelsens *første ledd* rammer overtredelse av lovens øvrige bestemmelser, samt overtredelse av bestemmelser gitt i medhold av loven. Strafferammen etter første ledd tilsvarende det som følger av helsepersonelloven § 67 første ledd. På samme måte som etter helsepersonelloven § 67 første ledd omfattes så vel grovt uaktsomme som forsettlige overtredelser, mens simpel uaktsomhet ikke rammes.

Den som medvirker til overtredelse straffes på samme måte som den som overtrer bestemmelser i loven eller i medhold av den.

Bestemmelsens *andre ledd* er ment å ramme de tilfellene hvor den alternative behandler ikke har overtrådt lovens øvrige bestemmelser, men allikevel ved sin handling har utsatt pasientens liv eller helbred for alvorlig fare. Eksempler på dette kan være dersom behandleren har foretatt et inngrep eller gitt en behandling som etter en generell vurdering normalt ikke vil innebære alvorlig helserisiko som nevnt i § 5, men hvor konkrete forhold ved utførelsen av behandlingen eller ved en bestemt pasient, gjør at inngrepet får alvorlige konsekvenser.

Straffebestemmelsen kan også komme til anvendelse i de tilfeller hvor den alternative utøver i samsvar med herværende lovs § 7 andre ledd, kun behandler symptomer på sykdom eller bivirkninger av den skolemedisinske behandling som ellers gis, men hvor slik behandling har negativ innvirkning på selve grunnsykdommen eller hvor slik alternativ behandling hindrer eller reduserer effekten av den skolemedisinske behandling.

Skyldkravet etter andre ledd er annerledes enn etter første ledd, idet også simpel uaktsomhet vil være tilstrekkelig. Det er her snakk om handlinger som kan utsette pasientens liv eller helbred for alvorlig fare, og det kreves derfor større aktsomhet. Om det er behandlingen i seg selv som utsetter pasientens liv eller helbred for alvorlig fare, eller om pasienten utsettes for alvorlig fare som følge av at han på grunn av den alternative behandling unnlater å søke kyndig hjelp, er likestilt. Regelen om at pasienten «unnlater å søke kyndig hjelp» vil omfatte både de tilfellene hvor den alternative behandler fraråder pasienten å kontakte helsetjenesten med tanke på behandling, og der hvor pasienten etter råd eller anbefaling fra den alternative behandler avslutter pågående behandling som gis innenfor hel-

setjenesten, for eksempel hvor pasienten etter råd fra behandleren seponerer medikamentell behandling.

Bestemmelsens *tredje ledd* nevner forhold som kan virke straffskjerpene. Dette gjelder i forhold til straffebudene både i første og andre ledd. Hvorvidt det skal sies å foreligge særdeles skjerpene omstendigheter vil måtte avgjøres etter en konkret helhetsvurdering.

Av bestemmelsen fremgår at det her skal være adgang til å legge vekt på om behandlingen medførte døden eller alvorlig helseskade. Selv om dette ikke har vært tilfellet kan det likevel vektlegges om behandlingen har vært særlig smertefull eller har medført psykisk belastning.

Også gjentatte overtredelser av straffebestemmelsen vil kunne være straffskjerpene. Tidligere straff for overtredelse av kvaksalverloven (lov 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur, som oppheves ved herværende lov § 11) kan også tillegges vekt som straffskjerpene moment.

Det at pasienten har unnlatt å søke kyndig hjelp inngår som vilkår for straff i et av alternativene i § 9 andre ledd. Ved overtredelse av § 9 første ledd vil en slik omstendighet kunne være et moment for skjerpene straff. Selv om pasienten ikke ble påført skade eller smerte som følge av at han unnlot å søke kyndig hjelp, kan forholdet være straffskjerpene. Dersom det er snakk om alvorlige sykdommer eller lidelser, vil det kunne bero på tilfældigheter om en ubehandlet sykdom påfører pasienten slik skade eller smerte. At dette i seg selv kan være et selvstendig straffskjerpene moment, antas å medføre en økt aktsomhet hos den som tilbyr eller gir behandling til mennesker med sykdom.

Bestemmelsens *fjerde ledd* oppstiller en særlig aktsomhetsnorm. Det skal ikke straffritt kunne gis behandling eller foretas inngrep under henvisning til at man ikke forsto faren eller sykdommens art.

For overtredelse som omfattes av første eller andre ledd vil det ikke være straffritakende at behandleren for eksempel på grunn av manglende fagkompetanse ikke forsto eller burde ha forstått faren ved behandlingen eller inngrepet, eller sykdommens art. Med begrepet «sykdommens art» siktes det for det første til tilfeller hvor behandleren ikke forsto eller burde ha forstått at pasienten led av sykdom som var omfattet av forbudene etter herværende lov §§ 6 og 7. For det andre siktes det til tilfeller hvor sykdommen i seg selv ikke var av en slik art at den var forbeholdt helsepersonell å behandle, men hvor konkrete forhold ved pasienten eller ved den måte behandlingen ble gitt på, burde medført at behandleren forsto at han her utsatte noens liv eller helbred for alvorlig fare.

Påtalebestemmelsen i *femte ledd* 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 § 9, og straffverdigheten i den enkelte sak. Statens helsetilsyn vil gjennom sin tilsynsvirksomhet ofte ha befatning med slike saker før forholdet blir anmeldt.

Pasienten er ikke gitt rett til å fremsette begjæring om påtale. Hvis saksforholdet er straffverdig, bør påtalemyndigheten reise tiltale av allmenne hensyn.

Påtalebestemmelsen tilsvarer helsepersonelloven § 67 andre ledd om påtale i straffesaker mot helsepersonell.

§ 10 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.

§ 11 Opphevelse av og endringer i andre lover

Fra den tid loven trer i kraft oppheves lov 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur.

Fra samme tid gjøres følgende endringer i lov 16. juni 1972 nr. 47 om kontroll med markedsføring og avtalevilkår (markedsføringsloven):

§ 12 første ledd nytt femte punktum skal lyde:

Markedsrådet kan forby handlinger som rådet finner er i strid med lov om alternativ behandling av sykdom mv. § 8 når hensynet til forbrukerne tilsier dette.

Nåværende femte punktum blir sjette punktum.

§ 12 andre ledd første punktum skal lyde:

Vedtak etter første, annet, *femte eller sjette* punktum kan også rettes mot virksomheter og personer som har medvirket til at handlingen fant sted eller at vilkåret ble brukt.

§ 13 første ledd nytt tredje punktum skal lyde:

Forbrukerombudet skal også ut fra hensynet til forbrukerne føre tilsyn med markedsføring etter lov om alternativ behandling av sykdom mv. § 8.

at det vil medføre ulempe eller skadevirkning å avvente Markedsrådets vedtak.

Nåværende tredje punktum blir fjerde punktum.

Helsedepartementet

§ 14 første ledd første punktum skal lyde:

tilrår:

Forbrukerombudet kan treffe vedtak om forbud som nevnt i § 12 første ledd, første, annet, tredje, fjerde og femte punktum dersom det ikke er oppnådd frivillig ordning, og Forbrukerombudet antar

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om alternativ behandling av sykdom mv.

Vi **HARALD**, Norges Konge,

stadfester:

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om alternativ behandling av sykdom mv. i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om alternativ behandling av sykdom mv.

§ 1. Lovens formål

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter som søker eller mottar alternativ behandling samt å regulere adgangen til å utøve slik behandling.

§ 2. Lovens virkeområde, begreper mv.

Loven gjelder den som tilbyr eller utøver alternativ behandling i riket.

Bestemmelser om stedlig virkeområde gitt i medhold av helsepersonelloven § 2 andre og tredje ledd gjelder tilsvarende for denne lov så langt de passer.

Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten, og som ikke utøves av autorisert helsepersonell. Behandling som utøves i helsetjenesten eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helsetjenesten.

Med helsepersonell menes i denne lov personer som definert i helsepersonelloven § 3.

Når alternativ behandling utøves i helsetjenesten eller av autorisert helsepersonell, gjelder også helsepersonelloven. Autorisert helsepersonell skal gi informasjon og innsyn i journal tilsvarende det som følger av helsepersonelloven § 10 og § 41, også dersom pasienten ikke har rettigheter etter pasientrettighetsloven.

§ 3. Registerordning

Departementet gir forskrift om en frivillig registerordning for helsepersonell og andre som utøver alternativ behandling. Herunder kan det gis bestemmelser om

1. gebyr ved registrering og
2. årlig avgift for opprettholdelse av registreringen.

§ 4. Taushetsplikt

Bestemmelsene om taushetsplikt i helsepersonelloven §§ 21 til 25 gjelder tilsvarende for andre enn helsepersonell som utøver alternativ behandling, så langt de passer.

§ 5. Medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko

Medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter, skal kun utøves av helsepersonell.

Departementet kan ved forskrift bestemme det nærmere innholdet i første ledd.

§ 6. Behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer

Behandling av sykdom som i henhold til lov om vern mot smittsomme sykdommer § 1–3 er å anse som allmennfarlig smittsom sykdom, skal kun utøves av helsepersonell.

Andre enn helsepersonell kan likevel utøve behandling som utelukkende har til hensikt å lindre eller dempe symptomer på eller følger av sykdommen eller bivirkninger av gitt behandling, eller som har som formål å styrke kroppens immunforsvar eller evne til selvhelbredelse.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om behandling etter andre ledd.

§ 7. Behandling av alvorlige sykdommer og lidelser

Behandling av andre alvorlige sykdommer og lidelser enn dem som omfattes av § 6, skal heller ikke utøves av andre enn helsepersonell.

Andre enn helsepersonell kan likevel utøve behandling som utelukkende har til hensikt å lindre eller dempe symptomer på eller følger av sykdommen eller lidelsen eller bivirkninger av gitt behandling, eller som har som formål å styrke kroppens immunforsvar eller evne til selvhelbredelse.

Bestemmelsen i første ledd gjelder ikke dersom behandlingen skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, og pasienten er myndig og har samtykkekompetanse etter pasientrettighetsloven § 4–3 første og andre ledd. Det samme gjelder for andre pasienter dersom helsetjenesten ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby pasienten. Samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven §§ 4–4, 4–5, 4–7 og 4–8 gjelder tilsvarende så langt de passer.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke sykdommer og lidelser som

omfattes av første ledd, og om behandling etter andre og tredje ledd.

§ 8. Beskyttet tittel og markedsføring

Bare den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven §§ 48 til 51, har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell.

Bare den som er registrert som utøver av alternativ behandling i register opprettet i medhold av denne lov § 3, har rett til å benytte betegnelsen registrert i tilknytning til sin yrkesbetegnelse som alternativ behandler.

Ingen må uriktig benytte titler eller markedsføre virksomhet på en slik måte at det kan gis inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven, jf. første ledd, eller er registrert utøver av alternativ behandling, jf. andre ledd.

Den som tilbyr alternativ behandling, kan i sin markedsføring kun gi en nøktern og saklig beskrivelse av virksomhetens art.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om markedsføring.

§ 9. 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.

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 på grunn av behandlingen unnlater å søke kyndig hjelp, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Medvirkning straffes på samme måte.

Ved særdeles skjerpende omstendigheter kan fengsel i inntil 2 år anvendes. Ved vurderingen av om slike omstendigheter foreligger, skal det særlig legges vekt på om handlingen har medført døden eller alvorlig helseskade, om den har vært særlig smertefull eller psykisk belastende, og om den skyldige tidligere er straffet etter paragrafen her.

Det fritar ikke for straff etter første og andre ledd at vedkommende ikke forsto eller burde ha forstått faren eller sykdommens art.

Offentlig påtale finner sted hvis allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.

§ 10. 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.

§ 11. Opphevelse av og endring i andre lover

Fra den tid loven trer i kraft oppheves lov 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur.

Fra samme tid gjøres følgende endringer i lov 16. juni 1972 nr. 47 om kontroll med markedsføring og avtalevilkår (markedsføringsloven):

§ 12 første ledd nytt femte punktum skal lyde:

Markedsrådet kan forby handlinger som rådet finner er i strid med lov om alternativ behandling av sykdom mv. § 8 når hensynet til forbrukerne tilsier dette.

Nåværende femte punktum blir sjette punktum.

§ 12 andre ledd første punktum skal lyde:

Vedtak etter første, annet, femte eller sjette punktum kan også rettes mot virksomheter og personer som har medvirket til at handlingen fant sted eller at vilkåret ble brukt.

§ 13 første ledd nytt tredje punktum skal lyde:

Forbrukerombudet skal også ut fra hensynet til forbrukerne føre tilsyn med markedsføring etter lov om alternativ behandling av sykdom mv. § 8.

Nåværende tredje punktum blir fjerde punktum.

§ 14 første ledd første punktum skal lyde:

Forbrukerombudet kan treffe vedtak om forbud som nevnt i § 12 første ledd, første, annet, tredje, fjerde og femte punktum dersom det ikke er oppnådd frivillig ordning, og Forbrukerombudet antar at det vil medføre ulempe eller skadevirkning å avvente Markedsrådets vedtak.

Vedlegg 1**Liste over høringsinstansene**

- Academy of Acupuncture
- Afasiforbundet i Norge
- Akademiet for Bio-fysiologi
- Akademikernes fellesorganisasjon
- Ananke – Støtteforening for mennesker med tvangslidelser
- Angstringen
- Anorexia/Bulimia Foreningen
- Arbeidsgiverforening for Private Virksomheter i Offentlig Sektor
- Aruna kurssenter
- Atlantis medisinske høyskole
- Aurora – Støtteforening for mennesker i psykiatrisk behandling
- Autismeforeningen i Norge
- Autoriserte Zoneterapeuters Sammenslutning
- Barneombudet
- Bio Medius akademiet
- Biologisk Lys A/S
- Biomedisinsk senter
- Biopat- og urteskolen
- Candida-Clubben
- Cerebral Parese foreningen
- Chakra Akademiet
- Colour Energy Internasjonale Fagskole
- Datatilsynet
- Den norske alternative helseskole
- Den Norske Advokatforening
- Den Norske Dommerforening
- Den norske jordmorforening
- Den Norske Kinesiologi Forening
- Den Norske Kreftforening
- Den norske lægeforening
- Den norske tannlegeforening
- Det norske healerforbundet
- Departementene
- Domstolkommisjonen v/ sekretariatet, c/o Norges Høyesterett
- Fagforum for akupunktur, NFF
- Fagrådet for psykiatri, c/o Statens helsetilsyn
- Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere
- Folkehelse – Statens institutt for folkehelse
- Forbrukerombudet
- Forbrukerrådet
- Forbundet Tenner & Helse
- Forening for el-overfølsomme
- Forening for små og sjeldne diagnosegrupper
- Foreningen for ambulansepersoneell
- Foreningen for Blødere i Norge
- Foreningen for brystkreftopererte
- Foreningen for hjertesyrke barn
- Foreningen for Kroniske Smertepasienter
- Foreningen for Muskelsyrke
- Foreningen for ufrivillig barnløse
- Forsvarets sanitet
- Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
- Fødsel i fokus
- Helhetsterapiforbundet
- Hemilsenteret, Universitetet i Bergen
- Human-etisk Forbund
- Hørselshemmedes Landsforbund v/Menieres-utvalget
- Institutt for menneskerettigheter
- Interesseforeningen for LMBB syndrom
- Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser
- Internasjonalt Akademi for Osteopati – NORGE
- Jessheim naturterapi
- Kommunalansattes Fellesorganisasjon
- Kommunenes Sentralforbund
- Kreftregisteret
- Landets fylkeskommuner
- Landets fylkesleger
- Landets fylkesmenn
- Landets høyskoler
- Landets kommuner
- Landets pasientombud
- Landets psykiatriske institusjoner
- Landets sykehus
- Landsforbundet mot stoffmisbruk
- Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende
- Landsforeningen for Alopecia Areata
- Landsforeningen for helsesekretærer
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
- Landsforeningen for Huntingtons Sykdom
- Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte
- Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri – avd Oslo og omegn
- Landsforeningen for trafikkskadde i Norge
- Landsforeningen mot AIDS
- Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer

- Landsorganisasjonen i Norge
- Legemiddelindustriforeningen
- Likestillingsombudet
- MBD-foreningen
- Medica Nova
- Medborgernes Menneskerettighets Kommi-
sjon
- Mental Helse Norge
- Morbus Addisons forening
- Multippel Sklerose Forbundet i Norge
- Nakkeskaden – Frittstående støttegruppe for
whiplashskadde
- Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Nirvanasenteret
- Nordisk Akupunkturhøgskole
- Nordisk forening for klassisk akupunktur
- Nordisk forening for naturbehandlere
- Nordisk Healerinstitutt
- Nordisk Høgskole for Homøopati
- Nordiska Homeopaters Forbund
- Nordnorsk Naturterapiskole
- Norges ambulanseforbund
- Norges Apotekforening
- Norges Astma- og Allergiforbund
- Norges Blindesforbund
- Norges Cøliakiforening
- Norges Diabetesforbund
- Norges Døveforbund
- Norges Farmaceutiske Forening
- Norges Fibromyalgiforbund
- Norges forskningsråd
- Norges Handikapforbund
- Norges Idrettsforbund
- Norges Landsforbund av Homeopraktikere
- Norges migreneforbund
- Norges Naprapatforbund
- Norges Optikerforbund
- Norges Parkinsonforbund
- Norges Røde Kors Landsforening
- Norges Råd for Anvendt Samfunnsforskning
- Norilco
- Norsk Akademi for Naturmedisin
- Norsk Akupressur Skole
- Norsk akupunkturhøgskole
- Norsk Akupunkturskole
- Norsk apotekteknikerforbund
- Norsk Audiografforbund
- Norsk Bioingeniørforbund
- Norsk cøliakiforening
- Norsk Dysleksiforbund
- Norsk Dysmeliforening
- Norsk Epilepsiforbund
- Norsk Ergoterapiforbund
- Norsk Folkehjelp
- Norsk Forbund for psykisk utviklingshemmede
- Norsk Forbund for Voldsofre
- Norsk Foreldrelag for Funksjonshemmede
- Norsk Forening for Analatresi
- Norsk forening for benmargstransplanterte
- Norsk Forening for Cystisk Fibrose
- Norsk forening for familierapi
- Norsk forening for Fyti og Aroma
- Norsk forening for helhetsmedisin
- Norsk Forening for Helsetjenesten
- Norsk forening for klassisk akupunktur
- Norsk forening for medisinsk akupunktur
- Norsk Forening for Multippel Sklerose
- Norsk Forening for Nevrofibromatose
- Norsk Forening for Ostesgenesis Imperfecta
- Norsk Forening for Psykodrama
- Norsk Forening for Stomi- og Reservoaroperer-
te
- Norsk forening for syke barns behov
- Norsk forening for soneterapeuter
- Norsk Forening for Tuberøs sklerose
- Norsk foreldrelag for funksjonshemma
- Norsk forening for kliniske ernæringsfysiolo-
ger
- Norsk Gerontologisk Institutt = NOVA
- Norsk Gestaltinstitutt ANS
- Norsk Gestaltterapeutforening
- Norsk helse- og sosialforbund
- Norsk Helsesekretærforbund
- Norsk Homøpatisk Pasientforening
- Norsk Hypothyreoseforening
- Norsk Høgskole for Helhetsterapi
- Norsk høgskoleråd for Naturmedisin
- Norsk Immunsviktforening
- Norsk Institutt for Aromaterapi og Aromapati
- Norsk Institutt for Polaritetsterapi (forening)
- Norsk Institutt for Zoneterapi
- Norsk Interesseforening for kortvokste
- Norsk Interesseforening for Stamme
- Norsk institutt for sykehusforskning
- Norsk kiropraktorforening
- Norsk kommuneforbund
- Norsk Landsforening for Laryngectomerte
- Norsk Leddgiktforbund
- Norsk Legeforening for Maharishi-Ayur-veda
- Norsk Massørforbund
- Norsk Narkolepsiforening
- Norsk Osteopatforbund
- Norsk Osteoporoseforening
- Norsk Pasientforening
- Norsk pasientskadeerstatning
- Norsk Pensjonistforbund
- Norsk Psoriasisforbund
- Norsk psykoanalytisk forening
- Norsk psykologforening
- Norsk Revmatikerforbund

- Norsk skole for tradisjonell akupunktur – NO-STRÅ
 - Norsk Sitalsjeilag
 - Norsk sykepleierforbund
 - Norsk Tourette Forening
 - Norsk universitet for kinesisk naturmedisin og akupunktur
 - Norske Akupunktørers Hovedorganisasjon
 - Norske Fotterapeuters Forbund
 - Norske Fysioterapeuters forbund
 - Norske homeopaters landsforbund
 - Norske Kvinners Sanitetsforening
 - Norske legers forening for akupunktur
 - Norske legers forening for antroposofisk legeskunst
 - Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon
 - Norske ortopediingeniørers forening
 - Norske Samers Riksforbund
 - Næringslivets hovedorganisasjon
 - Pedagogisk kinesiologiskole
 - PLUSS
 - Private helseinstitusjoners landsforbund
 - Protein Intoleranse Foreningen
 - Psykiatrisk opplysningsfond
 - Psykologrådet
 - Psykopatofferforbundet
 - Pårørendeforeningene for aldersdemente
 - Regjeringsadvokaten
 - Regumed GmbH
 - Reseptarforbundet
 - Ressurssenteret for omsorgstjenester, Stjørdal
 - Rettspolitisk forening
 - Riksadvokaten
 - Rikstrygdeverket
 - Rusmiddeldirektoratet
 - Ryggforeningen i Norge
 - Ryggmargsbrokk-foreningen
 - Rådet for funksjonshemmede
 - Rådet for psykisk helse
 - Sametinget
 - Senter for medisinsk etikk
 - Shirley Price International College of Aromatherapy
 - SIA (Société Int. d'Acupuncture)
 - SINTEF, Trondheim
 - Skandinavisk Institutt for Klassisk Homeopati
 - Soneterapiskolen i Åsgårdstrand
 - Statens eldreråd
 - Statens ernæringsråd
 - Statens helsetilsyn
 - Statens Helseundersøkelser
 - Statens legemiddelkontroll
 - Statens næringsmiddeltilsyn
 - Statens senter for ortopedi
 - Stiftelsen allmennvitenskapelig forskning i Trondheim (ALLFORSK)
 - Stiftelsen for helsetjenesteforskning,
 - Sentralsykehuset i Akershus (HELTEF)
 - Stortingets ombudsmann for forvaltningen
 - Studenthelsetjenesten v/ Universitetet i Oslo
 - Støtteforeningen for Kreftsyke Barn
 - Sykepleiernes faggruppe i alternativ medisin
 - Thalamusskolen
 - Universitetet i Bergen
 - Universitetet i Oslo
 - Universitetet i Tromsø
 - Universitetet i Trondheim
 - Yogalærerskolen i Norge
 - Yogaskolen i Oslo
 - Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund
-

Vedlegg 2

Alternative behandlingsformer som ikke er omtalt i kapittel 4

Under følger et utdrag fra NOU 1998:21 Alternativ medisin som viser mangfoldet innen alternativ behandling og trening/selvhjelpsteknikker. Listen er ikke uttømmende for hva som tilbys i Norge i dag. I likhet med NOUen er fremstillingen basert på innspill fra utøverne selv. Det presiseres at departementet ikke har foretatt en vudering av beskrivelsene.

- *Alexanderteknikk* er en manipulering av muskler og holdningsøvelser mot smerter i rygg/skjelett.
- *Antroposofisk medisin* er et behandlingssystem basert på antroposofiske medisiner, urter, ryt-misk massasje, eurytmi, badeterapi, kunstterapi og musikkterapi.
- *Ayurvedisk medisin* er en indisk behandlingsform som tar i bruk urter, ernæring, oljemassasje, meditasjon, leveregler, musikk, homøopati, yoga, astrologi mv.
- *Bates-metoden* går ut på å øve opp synsevnen ved blinking, hvile, endret fokus, kaldt vann og diett.
- *Bioenergetikk* er 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.
- *Biopati* er behandling ved hjelp av diett, vitamin-/mineralterapi, immun-/regulasjonsterapi, celledalter, homøopati og biologisk avgiftning.
- *Blomstermedisin* er en terapiform hvor blomsten inngår som et sentralt element. *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 gjennom munnen.
- *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 bruk av magnetfeltterapi mot sirkulasjonsforstyrrelser, særlig i bena.
- *Feldenkraismetoden* er en bevegelsesterapi. Den brukes mot muskel-, skjelett- og leddsmerter, og består av manipulasjon og trening.
- *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.
- *Folkemedisin* er de historisk overleverte ikke-vitenskapelige kunnskaper og forestillinger om helse som har forankring i en bestemt kultur. For eksempel er *samisk folkemedisin* en medisinform som har tradisjoner i den samiske befolkningen. *Sjamanisme* er en samisk/indiansk/inuitisk tradisjon med bruk av trommer, sang, dans, sansedeprivering og transe, og bruk av forfedres ånder for helbredelse.
- *Geopati/geobiologi* tar utgangspunkt i geofysikalske og geoatmosfæriske innflytelser på mennesket og sykdomsforløpet i videste forstand.
- *Gestaltterapi* brukes for å gi økt selvinnsikt og ansvar for livet gjennom bevisstgjøring av uavklarte situasjoner, blant annet ved å klargjøre roller.
- *Gjørmebad* er å avgifte organismen med helbredende mineraler i leire/gjørme.
- *Heilpraktikere* er et tysk begrep for en yrkesgruppe som benytter en eller flere terapier som man spesialisere 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 å harmonisere psyke, følelser, kropp og sinn.
- *Hydrogenperoksidterapi* er oral og ekstern bruk av H₂O₂ for å styrke immunapparatet, bedre oksygenopptak og bekjempe virus/bakterier mm.
- *Hydroterapi* er å stimulere temperaturregulering, immunapparatet og blodomløpet med kaldt/varmt vann på hele/deler av kroppen.

- *Hyposensibilisering* er å dempe allergi med for-
tynnede allergener.
- *Inhalasjonsterapi* er å inhalere damp med aro-
matiske oljer. I følge utøverne brukes det mot
astma, allergi, bronkitt og andre lidelser.
- *Ioneterapi* er inhalering av negativt ladede io-
ner. Det brukes mot migrene, astma/allergi,
tretthet, depresjoner og søvnløshet.
- *Kelat-terapi* er intravenøs bruk av den syntetis-
ke aminosyren EDTA og oral bruk av kelatorer
som vitamin C, citrat mv. Det brukes mot hjer-
te- og karsykdom og avgiftning av tungmetaller.
- *Kopping* er bruk av vakuumpopper på akupunk-
turmeridianer for å påvirke kroppens livsenergi-
flyt og blodsirkulasjon i hud og underliggende
organer.
- *Kraniosakralterapi* er å manipulere benplatene i
hodet, og kan betraktes som en underkategori
av osteopati.
- *Krystallterapi og stenterapi* bruker utvalgte ste-
ner som terapi.
- *Kunstterapi* er utløp for følelser for å oppnå psy-
kisk balanse via maling, tegning, modellering,
osv.
- *Ledin-metoden* er et system for å stimulere ren-
sing av kroppen via tarmen, huden, nyrene og
lungene.
- *Lyd- og musikkterapi* er å påvirke kommunika-
sjon og hjernefunksjon med musikk mot autis-
me, dysleksi mv., og påvirkning av psyken ved
tromming, sang, instrumenter, meditasjonsmu-
sikk 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 av-
giftning og immunstimulering.
- *Lys- og fargerterapi* er forskjellige metoder som
er utviklet på ulikt grunnlag.
- *Magnetfeltterapi* er bruk av spesielle magnet-
tromler.
- *Makrobiotikk* er basert på gamle kinesiske og ja-
panske tradisjoner om å leve i harmoni med
kosmos, bruk av sesongens vegetarkost mot
kreft/hjerte- og karsykdom, avgiftning, beskyt-
telse mot miljøgifter, mv.
- *Massasje og kroppsorienterte terapier* består av
en rekke ulike massasjeformer. Nevnes kan
blant annet klassisk svensk massasje, shiatsu,
thai-massasje, bindevevsmassasje, idrettsmas-
sasje, Rosenmetoden, nevromuskulær massasje
og lymfedrenasje.
- *Meditasjon* er 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 kon-
troll over det autonome nervesystemet. *Acem-
meditasjon* er mental trening for å holde sinnet i
form og forebygge stress. *Transcendental medi-
tasjon, (TM)* er en meditasjonsteknikk. *Silva
Mind Control* er en dynamisk meditasjonsform
mot stress og spenninger.
- *Mikrobiologisk terapi* er tarmregulering og styr-
king av immunforsvaret, ved inntak av fysiolo-
giske tarmbakterier.
- *Miljømedisin* er å finne frem til miljøfaktorer
som påvirker helsen, endre negative påvirknin-
ger og gjenopprette naturlig homeostase ved
blant annet biologiske medisiner, og bevisstgjø-
ring i forhold til helsemessig negative miljøfak-
torer.
- *Mistelterapi* er immunstimulering ved hjelp av
mistelekstrakt eller lektiner som sprøytes inn
under huden som kreftterapi.
- *Naturopati* er et biologisk og fysiologisk basert
system. Terapien består av homøopati, hydrote-
rapi, ernæring, psykologi, feberterapi, binde-
vevsmassasje, Bachs blomstermedisiner mv.
- *Nevralterapi* er å blokkere smerter i bestemte
punkter med lokalbedøvelse: lidokain, novokain
eller injisert saltvann.
- *Nevrolingvistisk Programmering (NLP)* er en
metode for å utvikle endre holdninger og reak-
sjoner til omgivelsene og brukes innen logope-
di, pedagogikk og organisasjonsutvikling.
- *Ozonterapi* bruker ozon intravenøst, intrarektalt
eller på huden. I følge utøverne skal det virke
mot sirkulasjonsforstyrrelser, påvirke stoffskif-
tet og immunfunksjon.
- *Polaritetsterapi* bruker pusteøvelser, ernæring
og psykologisk bearbeiding.
- *Primalterapi* går ut på å gjenoppleve fødsel/tid-
lig barndom for å løse nevrotiske spenninger.
- *Psykodrama* er å leve ut følelser i gruppe.
- *Psykosyntese* er selvutviklingsteknikker, inklu-
dert bevegelse, meditasjon og føring av dagbok.
- *Qi gong* er en kinesisk teknikk hvor målet er å
bringe kroppen i en tilstand av helhetlig balanse
og selvregulering.
- *Radioni* er en terapi der man behandler pasien-
ten på avstand gjennom å behandle biologisk
materiale som negler og hår fra pasienten (jf.
fjernhealing).
- *Reichiansk terapi* er psykoterapeutiske teknik-
ker som i følge utøverne løser opp «kroppspan-
seret».
- *Rogersiansk terapi* er en terapi som skal styrke
identitetsfølelsen gjennom «personsentrert» te-
rapi.
- *Rosen-metoden* er lett massasje, avspenning og
pusteøvelser.

- *Sensitivitetstrening* er gruppeterapi for å øve opp harmonisk samkvem.
 - *Singulett oksygenterapi* er bruk av aktivert oksygen som skal virke mot sirkulasjonsforstyrrelser, påvirkning av stoffskiftet og immunfunksjon.
 - *Strobisk fototerapi* er lysterapi kombinert med psykoterapi.
 - *Tai chi* er kinesisk bevegelsesterapi med harmoniske øvelser.
 - *Tarmskylling* er ulike former for klyster og skylning av tykktarmen med vann, eventuelt med urtete eller saft av hvetegress, for 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.
 - *Tomatis-metoden* går ut på å normalisere psyken/hjernefunksjonen hos blant annet autister, med symfonier og lignende med frekvens 18 000 Hz.
 - *Tradisjonell kinesisk medisin, (TCM)* består av akupunktur, urter, mat og ernæring, bevegelse, massasje 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.
 - *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. *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.
-

Vedlegg 3**Antall utøvere og deres bakgrunn**

Det er uklart hvor mange alternative behandlere som praktiserer i Norge. Basert på tall innhentet fra organisasjonene selv, kan det anslås til sammen ca. 3 000 medlemmer i de største alternative organisasjonene i Norge, hvorav ca. 800 er autorisert helsepersonell. Om man inkluderer de mindre organisasjonene, kan man anslå at det er i underkant av 5 000 organiserte alternative utøvere, hvorav anslagsvis 1 500 er autorisert helsepersonell. Under følger en oversikt over antall medlemmer i de største organisasjonene. Opplysningene er basert på informasjon fra utøverorganisasjonene selv, samt Helsehåndboka 2002–2003 som er gitt ut av Alternativt Nettverk (red. Øyvind Solum).

- *Norsk forening for klassisk akupunktur (NFKA)* har 250 fullverdige og 250 assosierte medlemmer. Av disse er 157 fysioterapeuter, 39 sykepleiere, 28 homøopater, 8 leger, 12 akupunktører med fulltidsutdanning og 6 er annet autorisert helsepersonell.
- *Norske akupunktørers hovedorganisasjon (NAHO)* har 84 fullverdige, 4 assosierte og 35 studentmedlemmer. Av disse er 21 fysioterapeuter, 14 sykepleiere, 8 leger eller tannleger, 33 medisin grunnfag og 8 homøopater.
- *Norsk forening for medisinsk akupunktur (NFMA)* har 140 medlemmer, hvorav alle er autorisert helsepersonell. De største yrkesgruppene er leger og fysioterapeuter, men også sykepleiere og tannleger er med.
- *Norske homeopaters landsforbund (NHL)* har 481 fullverdige og 151 studentmedlemmer. Av disse anslås å være ca. 10 leger og 75 sykepleiere.
- *Norges landsforbund av homøopraktikere (NLH)* er et tverrfaglig fagforbund som samler flere faggrupper. De viktigste faggruppene er akupunktur, homøopati, biopati, homotoxologi, soneterapi, kinesologi og naturterapi. NLH har 430 medlemmer, hvorav 51 er autorisert helsepersonell (leger, kiropraktorer, sykepleiere, hjelpepleiere og fysioterapeuter).
- *Norske naturterapeuters hovedorganisasjon (NNH)* har over 1000 medlemmer. NNH ble stiftet i 1994, og erstatter Sentralsrådet for Norske Naturterapeuter, Collegium Medicum Norge, Norsk Biopatforbund, Norsk Heilpraktikerforening, Norsk Zoneterapeut Forening og Scandinavian Acupuncture Foundation. Senere har Norsk Aromaterapeut Forbund og Aromaterapiens Hovedorganisasjon kollektivt meldt seg inn i NNH. Minst 147 av medlemmene er autorisert helsepersonell.
- *Den norske kinesiologiforening (DNKF)* har 206 medlemmer. Ca. 10 prosent av medlemmene er autorisert helsepersonell.
- *Norsk forening for helhetsmedisin (NFHM)* har ca. 240 medlemmer, hvorav ca. 160 autorisert helsepersonell.
- *Norsk Osteopatforbund (NOF)* har 149 medlemmer. Alle medlemmer har fysioterapiutdanning i bunn, og har dermed bakgrunn som autorisert helsepersonell.
- *Norges Napratpatforbund (NNF)* har 62 medlemmer
- *Det norske healerforbundet* har drøyt 200 medlemmer, hvorav ca. 10 prosent autorisert helsepersonell.

Vedlegg 4

Utdanningskrav

Under følger en oversikt over hvilke utdanningskrav som stilles for å få medlemsskap i enkelte utvalgte organisasjoner. Opplysningene er basert på informasjon fra utøverorganisasjonene selv, samt Helsehåndboka 2002–2003 som er gitt ut av Alternativt Nettverk (red. Øyvind Solum).

- *NFKA (akupunktur)* opptar medlemmer etter søknad. Det kreves utdanning i akupunktur/tradisjonell kinesisk medisin på nivå med Norsk akupunkturskole (NA), dvs. 3 ½ år deltid, medisinsk grunnutdanning og klinisk praksis. Kravene til medisinsk utdanning oppfylles enten ved treårig helsefaglig utdanning eller 30 vekttall grunnmedisin. Kravene kan også oppfylles ved gjennomført basic + advanced course ved ett av WHO's tre samarbeidssentra i Kina (Nanjing, Shanghai og Beijing) med to års praksis imellom, eller treårig heltidsutdanning ved International College of Oriental Medicine i London. Andre vurderes individuelt, men må ta punktetsamen og siste års kliniske eksamen ved NA.
- *NAHO (akupunktur)* krever av sine medlemmer at de har avansert kurs i klassisk akupunktur på universiteter godkjent av WHO, 150 timer moderne medisinsk akupunktur og medisin grunnfag. NAHO opererer også med spesialisttittel for de som har behandlet minimum 20 pasienter per uke i 5 år. For fornyelse av denne tittel etter 5 år kreves etter- og videreutdanning.
- *NHL (homøpati)* stiller krav om 5 års deltidsutdanning tilsvarende 20 vekttall grunnmedisin og 40 vekttall homøpati. For å bli fullt medlem og dermed ha rett til tittelen homøopat MNHL kreves utdanning fra godkjente skoler. Tre norske skoler er godkjent, og NHL fungerer som kontrollorgan i forhold til disse. NHL deltar i europeisk akkrediteringsarbeid, og etablering av et nordisk akkrediteringsråd er under forberedelse.
- *Homøopraktikerne* forutsetter 3–5 års deltidsutdanning innen blant annet anatomi, fysiologi og patologi, inklusive naturvitenskapelige fag på sykepleiernivå. For å kunne søke fullverdig medlemsskap kreves i tillegg 5 års praksis med fast kontor. De som ikke oppfyller praksiskravet kan bli aksessoriske medlemmer, herunder studenter. Terapeuter med lang praksis, men mangelfull utdanning vurderes av utvalget som behandler medlemskapssøknader.
- *NNH (naturterapeutene)* opptar medlemmer etter individuell vurdering av godkjenningsskomite. NNH har godkjenningskrav for akupunktur, aromaterapi, biopati, fytoterapi, heilpraktik, homøopati, kinesologi, massasjeterapi, rosenterapi, soneterapi og øreakupunktur. Terapeutgodkjenningen krever eksamen i de enkelte terapier, samt grunnmedisin (anatomi, fysiologi, patologi) tilsvarende 30 studiepoeng/halvt års fulltidsstudium. Det er utarbeidet/utarbeides kriterier for utdanning i de ulike terapiformer.
- *NOF (osteopatene)* organiserer osteopatene i Norge. Norske osteopater utdannes ved den private Norsk Høgskole i Osteopati, og for opptak kreves det medisinsk embetseksamen eller fysioterapieksamen. Osteopatutdanningen er et deltidsstudium på ca 2.000 timer fordelt over 5 år. Noen få norske osteopater er utdannet i utlandet (hovedsakelig England og Nederland), for disse kreves det et eget oppgraderingskurs i regi av Norsk Høgskole i Osteopati for å bli medlem av NOF.
- *NNF (napratene)* er det samlende organ for napratene i Norge. Norske naprapater utdannes i dag hovedsakelig ved Naprapathøgskolan i Stockholm. Dette er et 4-årig heltidsstudium som inkluderer blant annet anatomi, patologi, fysiologi, psykologi, massasje og mobilisering. For å bli medlem i NNF kreves det godkjent utdanning samt bestått eksamen fra denne skolen, eller tilsvarende utdanning fra andre land.
- *Kinesiologene* krever 150 undervisningstimer i kinesologi for å bli medlem. Dette kan bli doblet. Søknader om medlemsskap godkjennes individuelt.
- *Helhetsmedisinerne* opptar som medlemmer helsepersonell og naturterapeuter med utdanning på cand.mag.-nivå, samt andre godkjent av styret.
- *Healerforbundet* definerer healing som en evne, og ikke en ferdighet. Foreløpig stilles ikke utdanningskrav, men dette er under vurdering. Forbundet har godkjenningsordning basert på brukerevalueringer og anbefalinger.

Vedlegg 5**NOU 1998: 21 Alternativ medisin – utvalgets 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 utføres 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 inntil tre måneder.

Ved særlig skjerpene omstendigheter eller ved gjentagelse 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 el-

ler 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.

Vedlegg 6**NOU 1998: 21 Alternativ medisin – utvalgets 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 medlemskap,
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...
