Legitimation

för vissa kiropraktorer

Delbetänkande av alternativmedicinkommittén

SOU 1987:12

118

Statens offentliga utredningar
1987:12
Socialdepartementet

Legitimation för vissa kiropraktorer

Delbetänkande av
alternativmedicinkommittén
Stockholm 1987

Omslag BIGG, Pia Löfstedt
ISBN 91-38-09682-X
ISSN 0375-250X
Svenskt Tryck Stockholm 1987 707794

Till statsrådet Sigurdsen

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

Dessutom förordnades som sakkunniga avdelningschefen Viking Falk, direktören Åke Färnlöf, akupunktören Carl-Erik Lönnblom samt departementssekreteraren Helena Starup och, som experter, avdelningsdirektören Birgitta Baltzar, docenten Thomas Ihre och professorn Lars G. Nilsson. Genom beslut den 8 februari 1985 förordnades också sektionschefen Marianne Boivie, professorn Rolf Öhman och kanslichefen Ulrica Croné att som sakkunniga resp. expert medverka i kommittén.

Efter entlediganden av Croné och Starup har fr.o.m. den 28 maj 1985 förordnats förbundsjuristen Ylva Ronne (expert) och fr.o.m. den 20 augusti 1985 departementssekreteraren Birgitta Bratthall (sakkunnig).

Byrådirektören Björn Forsberg och byråchefen Nils Östby utsågs att fr.o.m. den 15 januari vara sekreterare i kommittén.

Kommittén har antagit namnet Alternativmedicinkommittén.

Härmed överlämnar alternativmedicinkommittén delbetänkandet Legitimation för vissa kiropraktorer. Särskilda yttranden har avgetts av Anders Gernandt och Blenda Littmarck gemensamt, Viking Falk, Carl-Erik Lönnblom, Rolf Öhman, Thomas Ihre och Ylva Ronne.

Vid arbetet med detta delbetänkande har kommittén haft stor hjälp av en särskild expertgrupp, där följande personer ingått:

Björn Forsberg — sammankallande — kommitténs sekreterare
Ingrid Andersson — ledamot av riksdagen och kommittén
Peter Lövgren — dr of Chiropractic
Erik Spangfort — överläkare
Michael Stroh — dr of Chiropractic
Dan Wallin — leg. sjukgymnast
Carl-Einar Westerberg — bitr. överläkare.

Expertgruppen är enig. Frågan om anslutning av kiropraktorer till sjukförsäkringssystemet har inte behandlats inom expertgruppen.

Stockholm i februari 1987

Aina Westin

Ingrid Andersson *Stig Andersson*

Anders Gernandt *Blenda Littmarck*

/Björn Forsberg

Nils Östby

Innehåll

Sammanfattning 9

English summary 13

Författningsförslag
Förslag till lag om ändring i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. 17
Förslag till förordning om ändring i förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. 19

1 *Alternativmedicinkommitten* 21
1.1 Utredningsuppdraget 21
1.2 Arbetet med kiropraktorfrågan 22

2 *Berörda verksamheter — begrepp och avgränsningar* . . 23
2.1 Ortopedisk medicin 23
2.2 Kiropraktik 25
2.2.1 Doctors of Chiropractic 25
2.2.2 Övriga utövare av kiropraktik 25
2.3 Osteopati 27
2.4 Naprapati 28
2.5 Alternativmedicinkommitténs överväganden och förslag 28
2.5.1 Valet av terminologi 29
2.5.2 Alternativmedicinkommitténs avgränsningar . 30

3 *Kiropraktorfrågan — administrativ och vetenskaplig bakgrund* 33
3.1 Tidigare beslut och utredningar 33
3.1.1 Uppläggningen av utvärderingsprojektet . . . 34
3.1.2 Svårigheter vid genomförandet 35
3.2 Riksdagsbehandlingen under de senaste åren 37
3.3 Vetenskapliga undersökningar 37
3.4 Alternativmedicinkommitténs överväganden och förslag 38

4 *Förhållandena i andra länder* 41
4.1 De nordiska länderna 41

4.2 Övriga Europa 43
4.3 Övriga länder 44

5 *Kiropraktorutbildningen* 45
5.1 Utbildningsanstalter 45
5.2 Tillträde till utbildningen 46
5.3 Kiropraktorutbildningens innehåll 46
5.4 Fortbildning 47
5.5 Alternativmedicinkommitténs överväganden och förslag 47
5.5.1 Kiropraktorutbildningen som ett kriterium för legitimation 48
5.5.2 Manipulationsutbildning för svenskarnas behov 49

6 *Kiropraktorverksamheten* 51
6.1 Kiropraktorns arbetssätt 51
6.1.1 Diagnostiken 52
6.1.2 Behandlingsarbetet 52
6.2 Indikationer och kontraindikationer för behandling . 53
6.3 Alternativmedicinkommitténs överväganden och förslag 54
6.3.1 Definition av kiropraktikens verksamhetsområde 54
6.3.2 Riskerna vid manipulationsbehandling 55
6.3.3 Användning av röntgen 56
6.3.4 Behandling av barn 57

7 *Legitimation* 59
7.1 Den rättsliga bakgrunden 59
7.1.1 Kriterier för legitimation 60
7.1.2 Behörighetskrav 62
7.1.3 Skyddet för yrkestitel och yrkesbeteckning . . 62
7.2 Alternativmedicinkommitténs överväganden och förslag 62
7.2.1 Förutsättningarna för legitimation 63
7.2.2 Villkoren för och innebörden av legitimationen 64

8 *Ersättning genom allmänna försäkringen* 67
8.1 Sjukförsäkringssystemet 67
8.1.1 Anslutning av privatpraktiker till sjukförsäkringen 68
8.1.2 Behandlingstaxor 68
8.1.3 Sjukintyg 69
8.2 Alternativmedicinkommitténs överväganden och förslag 69
8.2.1 Anslutningsformen 71
8.2.2 Sjukskrivningsfrågan 71

9 *Konsekvenser* 73

Särskilda yttranden 77

BILAGOR

Bilaga 1 *Kommittédirektiven* 85
Bilaga 2 *Chiropractic in New Zealand, 1979 — sammanfattning av undersökningskommissionens viktigaste resultat (översättning från engelska)* 97
Bilaga 3 *Manipulationsbehandling vid smärttillstånd i ryggen, Niels Lynöe och Lars Olov Bygren — delrapport till alternativmedicinkommittén, februari 1987* . . . 99

Sammanfattning

Alternativmedicinkommittén föreslår i detta delbetänkande att vissa kiropraktorer — gruppen Dr's of Chiropractic — skall kunna få legitimation och anslutas till sjukförsäkringssystemet i Sverige. Kommittén återkommer senare i slutbetänkandet till frågan om övriga kiropraktorer, naprapater och osteopater.

Legitimation för Dr's of Chiropractic har diskuterats i åtminstone ett par decennier. Socialstyrelsen fick år 1980 i uppdrag att utarbeta en projektplan och sedermera att genomföra en försöksverksamhet med dessa kiropraktorer inom den offentliga sjukvården. Detta projekt har ännu inte kommit till stånd. Alternativmedicinkommittén har därför i stället låtit socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet utföra en systematisk genomgång och värdering av den hittills publicerade vetenskapliga litteraturen inom detta område. Rapporten biläggs detta betänkande.

Att kiropraktik är en verksamhet som möter ett ökat förtroende bekräftas av kontakter som kommittén haft under arbetets gång — inte bara med människor ute i samhället utan även med personal inom hälso- och sjukvården. Detsamma visar en undersökning som SCB genomfört för alternativmedicinkommitténs räkning.

Emellertid tycks också finnas en utbredd okunnighet om t.ex. kiropraktikens begränsningar och många människor uppsöker kiropraktorer för skilda sjukdomar, som dessa rimligen inte kan behandla med framgång. Vi har i Sverige dessutom den internationellt sett unika situationen, att många som är verksamma som kiropraktorer saknar utbildning i egentlig mening.

Mot denna bakgrund har det framstått som viktigt för alternativmedicinkommittén att undanröja olika hinder vid patienternas behandlingsval, men också att lyfta fram kvalitets- och säkerhetsaspekter på verksamheten. Det är alltså omtanke om patienternas situation och önskemål som ligger bakom förslagen. Härvid har kommittén bedömt bl.a. åtgärder som kan förbättra samarbetet mellan främst kiropraktorer, läkare och sjukgymnaster som angelägna.

Olika yrkesutövare inom området manuell behandling tillämpar sin egen nomenklatur för i princip samma företeelser. Alternativmedicinkommittén har anslutit sig till läkarnas och sjukgymnasternas terminologi. För det som är typiskt för kiropraktiken, nämligen behandlarens

handgrepp och snabba tryck mot patientens leder, har här använts begreppet manipulation.

Manipulationsbehandling har allmänt betraktats med viss skepsis från medicinskt vetenskapligt håll. Genomgången av den vetenskapliga litteraturen om behandlingsmetoden tycks dock visa, att det föreligger en — visserligen begränsad men ändå övertygande — terapeutisk effekt av sådan behandling vid länd- eller bröstryggsbesvär. Behandlingen är inte riskfri, men bedöms som säker om den utförs under betryggande förhållanden, t.ex. vad gäller den diagnostiska kompetensen. Skaderisken vid manipulation av halskotpelaren motiverar att just denna typen av behandling kringgärdas med särskilda regler till skydd för patienterna.

I Sverige tillämpas manipulation i viss utsträckning av en del ortopedmedicinskt inriktade läkare och sjukgymnaster. Det gäller vid behandling av funktionsstörande smärtor från rörelseorganen och metoden är då sedan flera år erkänd av myndigheterna, bl.a. i ersättningssammanhang. När i princip samma behandling utförs på andra indikationer eller av personer som inte hänförs till hälso- och sjukvårdspersonalen, anses detta formellt som kvacksalveri. Mot den bakgrunden har klargöranden i just frågorna om behandlingsområdet och yrkesutövarens formella och reella kompetens varit särskilt viktiga.

Under de senaste åren har skett förändringar såväl inom kiropraktiken som inom den etablerade hälso- och sjukvården i riktning mot större förståelse och samförstånd. Dr's of Chiropractic har successivt fått ett ökat internationellt erkännande. Samtidigt kan noteras att dessa kiropraktorer mer och mer anammat det naturvetenskapliga synsättet och klart inriktat sig på enbart behandlingen av vissa funktionsrubbningar i rörelseorganen. Det är en utveckling som i allt väsentligt innebär en anslutning till den ortopediska medicinen och som överbryggat många av de tidigare meningsmotsättningarna med läkarna. Klargöranden på denna punkten har också gjort det möjligt att enas kring ett förslag, om hur kiropraktikens verksamhetsområde skall definieras och om vilka indikationer resp. kontraindikationer för behandling, som kan anses gälla. Beträffande den formella kompetensen kan konstateras, att Dr's of Chiropractic genomgår en gedigen 4—5-årig högskoleutbildning, som internationellt bedömts hålla god kvalitet. Denna utbildning har vid ett par tillfällen även granskats av svenska myndigheter och i sina prekliniska delar befunnits likvärdig med den svenska läkarutbildningen.

Alternativmedicinkommittén har således kommit fram till att Dr's of Chiropractic:s utbildning och kliniska verksamhet är av så kvalificerad art, att det är motiverat med ett samhällserkännande. Kommittén framhåller, att dessa kiropraktorer skall ses som en kompletterande specialresurs för människor med ryggsjukdomar och att de därmed utgör ett terapeutiskt tillskott till den svenska hälso- och sjukvården. Ett huvudmotiv för kommitténs val av behörighetsreglering har varit att legitimation i det här fallet fyller ett väsentligt informationsbehov som en sorts varudeklaration, i första hand till patienternas vägledning, men också gentemot de landsting som i framtiden kan komma att vilja anställa eller eljest anlita personer med kvalificerade kunskaper i manipulationsbehandling. Som en ytterligare garanti för att yrkesutövaren verkligen har

de kvalifikationer som krävs för yrket, föreslås att yrkesbeteckningen "legitimerad kiropraktor" ges ett straffsanktionerat skydd, vilket också bör bli en trygghet för patienterna.

Villkoren för legitimation skall enligt kommitténs förslag vara godkänd teoretisk utbildning, kunskaper i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning och praktisk tjänstgöring i den svenska sjukvården resp. på svensk kiropraktormottagning. Den praktiska tjänstgöringen skall fullgöras inom en total tidsram, som motsvarar ett års handledd heltidstjänstgöring enligt vad socialstyrelsen närmare skall besluta om. Avsikten med detta förslag är också att lägga grunden för ett kommande gott samarbete mellan kiropraktorerna och andra grupper av hälso- och sjukvårdspersonal. För att överbrygga initialsvårigheter föreslås en förenklad övergångsordning för de kiropraktorer som varit yrkesverksamma här i landet under minst ett års tid.

Kiropraktorer som uppfyllt kraven för legitimation bedöms ha sådana differentialdiagnostiska kunskaper att de kan arbeta självständigt med ett eget medicinskt yrkesansvar. Av bl.a. hänsyn till samhällets strävanden på strålskyddsområdet föreslås en fortsatt restriktivitet när det gäller kiropraktorers innehav av röntgenutrustning. Alternativmedicinkommittén förordar i stället smidigare rutiner för sjukhusens röntgenservice till dessa. Legitimationen skall för övrigt medföra samma allmänna åligganden för kiropraktorerna som andra legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården redan har.

Ont i ryggen kan sägas vara en folksjukdom i Sverige. Människor med monotona och fysiskt belastande yrken har fler sjukskrivningsdagar för ryggbesvär än övriga. Samtidigt har just denna gruppen de lägsta inkomsterna och därmed de största svårigheterna att klara av behandlingskostnaderna. För att hålla nere patienternas behandlingsutgifter och därmed undanröja de ekonomiska hindren för ett fritt behandlingsval, föreslår alternativmedicinkommittén att de kiropraktorer som fått legitimation också skall kunna inordnas i sjukförsäkringssystemet i Sverige. Anslutningen föreslås ske genom vårdavtal med landstingen, vilket skall kunna genomföras inom ramen för oförändrade ersättningar från sjukförsäkringen. För hälso- och sjukvårdshuvudmännen innebär detta att de kan tillgodogöra sig en resursförstärkning inom ett verksamhetsområde som för närvarande har vissa köproblem och samtidigt möjligen uppnå en del besparingar. En ev. rätt för kiropraktorer att utfärda sjukintyg till försäkringskassorna har diskuterats, men föreslås inte nu.

Dr's of Chiropractic rekommenderas de människor med ryggproblem, som vill ha en aktiv behandling. Manipulationstekniken tilldrar sig ett ökande intresse även inom sjukvården, i synnerhet bland distriktsläkare, företagsläkare och sjukgymnaster. Alternativmedicinkommittén konstaterar att vi i Sverige i längden inte kan förlita oss till amerikanska och engelska utbildningsanstalter om man verkligen vill tillgodose patienternas önskemål om kvalificerad manipulationsbehandling. Kommittén avser därför att återkomma med förslag till ev. åtgärder på utbildningsområdet.

English Summary

The Commission on Alternative Medicine proposes in this interim report that it should be made possible for certain chiropractors — the group with the degree of Doctor of Chiropractic — to become registered practitioners and to be brought within the national health insurance system in Sweden. The Commission will be returning later in a final report to the question of other chiropractors, naprapaths and osteopaths.

The State registration of Doctors of Chiropractic has been discussed for at least two decades. In 1980 the National Board of Health and Welfare was charged to draw up a project and to conduct a pilot scheme with these chiropractors within the public health service. This project has still not been launched. The Commission has therefore requested the Departement of Social Medicine at the University of Umeå to make a systematic review and assessment of the scientific literature in this field that has been published to date. The Department's report (in Swedish) is appended to this interim report.

All the contacts taken by the Commission during the course of the inquiries have confirmed that not only the man in the street but also those working in the public health sector have increasing faith in the work of chiropractors. This has also been borne out by an inquiry conducted by a government agency, Statistics Sweden, on behalf of the Commission.

However, there also seems to be a widespread lack of knowledge about, for instance, the limitations of chiropractic and many people go to consult chiropractors about various ailments which they cannot conceivably treat successfully. Furthermore, in Sweden we have a situation which, compared internationally, is unique; many of those who are working as chiropractors have not, in a proper sense, had any formal training.

In these circumstances, the Commission on Alternative Medicine has deemed that it is important for it not only to remove various barriers to a free choice of treatment by patients but also to highlight the quality and safety aspects of these activities. It is, accordingly, concern for patients — their situation and their wishes — which is behind these recommendations. In this respect the Commission has considered that measures such as those that can improve co-operation between, in the first instance, chiropractors, registered medical practitioners and physiotherapists are vital.

Various practitioners in the field of manual therapy have their own

nomenclature for what are, in principle, the same phenomena. The Commission has adopted the terminology used by registered medical practitioners and physiotherapists in Sweden. As a description of what is typical for chiropractic, namely the grip and sudden pressure on the patient's joints, the concept of "manipulation" is used here.

Treatment by manipulation has been generally regarded with some scepticism by medical science. A study of the scientific literature on this method of treatment seems however to show that a therapeutic effect — admittedly limited but nevertheless a convincing one — is obtained from such treatment in thoracic or lumbar disorders. The treatment is not without risks, but is regarded as safe if it is carried out under satisfactory conditions, for instance in regard to diagnostic competence. The risk of injury in the manipulation of the cervical vertebral column gives grounds for just this type of treatment being circumscribed by special rules to protect patients.

In Sweden manipulation is used to some extent by a number of doctors and physiotherapists whose work is oriented to orthopedic medicine. These practitioners use this method to treat pain from the musculo-sceletal system that inhibits its function; this method has been recognized by the authorities for some years, for instance in regard to quialifying for benefits. When in principle the same treatment is caried out in the case of other indications or by people who are not classed as health and medical personnel, it is regarded formally as "quackery". Against this background an elucidation of, in particular, questions concerning the area of treatment and the formal and actual competence of practitioners has been regarded as being especially important.

During recent years there have been changes both in chiropractic and in the established public health and medical sector towards greater appreciation and mutual understanding. Doctors of Chiropractic have gradually obtained increased international recognition. At the same time it can be noted that these chiropractors have adopted more and more the scientific viewpoint and have clearly concentrated on solely treating certain functional disorders in the musculo-sceletal system. This is a development which has, in essentials, meant an adherence to orthopedic medicine and has bridged many of the former divergencies of views with registered medical practitioners. An elucidation on this point has also made it possible for agreement to be obtained on a recommendation concerning how chiropractic's field of activity shall be defined and concerning which indications or contra-indications for treatment can be considered to apply. As regards formal qualifications, it has been ascertained that Doctors of Chiropractic follow a four to five year course of universitylevel training, which is regarded internationally as being of good quality. This training has already a couple of times also been examined by Swedish authorities and, in its pre-clinical parts, it has been found to be equivalent to the Swedish medical training.

The Commission on Alternative Medicine has come thus to the conclusion that the training and clinical work of Doctors of Chiropractic is of such a qualified nature that there are grounds for official recognition. The Commission points out that these chiropractors should be regarded

as supplementary special resources for people with disorders of the back; in this way they constitute a therapeutic addition to the Swedish public health and medical service. A main reason for the Commission's choice of regulation by qualification has been that registration in such a case meets a considerable need for information as a sort of "quality standard", primarily for the guidance of patients but also vis-à-vis the county councils which in the future may want to employ, or otherwise make use of, people with qualifications in manipulation treatment. As a further guarantee that the practitioner really has the qualifications required for the profession, it is proposed that the professional designation "a registered chiropractor" is given legal protection whose infringement is made liable to a penalty; this should, too, be a safeguard for patients.

The Commission recommends that the conditions to be met for State registration should be an approved theoretical training, a knowledge of Sweden's public health-care legislation as well as practical experience of work in that sector and in a chiropractic clinic in this country. The practical work required must be gained within an ovarall period that corresponds to one-year's supervised full-time work, the nature of which shall be decided more specifically by the National Board of Health and Welfare. The intention of this recommendation is also to lay the basis for future good co-operation between chiropractors and other groups in the healthcare sector. In order to overcome the initial difficulties, simplified transitional arrangements for the chiropractors who have practised in Sweden for at least a year are recommended.

It is considered that chiropractors who have been registered will have such competence in differential diagnosis that they can work independently with their own medical professional responsibility. Partly because of official efforts in the field of radiation, a continued restrictiveness in respect of the possession of X-ray equipment by chiropractors is recommended. The Commission prescribes, instead, more flexible routines for the X-ray service of hospitals to chiropractors. Registration should otherwise impose for chiropractors the assumption of the same general obligations as are already in existence for the other professional groups of registered practitioners in the health-care sector.

Low back pain can be said to be a widespread disorder throughout Sweden. People with occupations that are monotonous, and cause physical wear and tear, are off sick for more days for back trouble than other people. At the same time it is just this group who have the lowest earnings and, consequently, find it hardest to pay for treatment. In order to keep down the patient's fees for treatment and, in this way, to eliminate financial obstacles to a free choice of treatment, the Commission on Alternative Medicine recommends that chiropractors who become registered should also be incorporated into the health-insurance system in Sweden. It is recommended that they should be brought in by means of an agreement with the county councils, which ought to be feasible within the framework of unchanged benefits from the healthinsurance system. For the authorities responsible for health care, this would mean an addition of resources in a field which at present has certain queue problems and, at the same time, would possibly achieve some savings. Although there has

been a discussion of possibly authorizing chiropractors to make out sickness certificates for submission to the social insurance offices, no recommendation in that respect is being made at this juncture.

It is recommended that people with back problems who want to have active treatment should consult a Doctor of Chiropractic. The technique of manipulation is attracting an increasing interest also in the health-care sector, especially among doctors employed at medical-care centres and at workplaces, as well as physiotherapists. The Commission on Alternative Medicine considers that we in Sweden cannot, in the long run, rely on American an British training colleges if we really want to meet the wishes of patients in respect of expert manipulation treatment. The Commission therefore intends to make recommendations at a later date regarding possible measures in the sphere of training.

Författningsförslag

Förslag till
Lag om ändring i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

dels att 2 och 9 §§ skall ha följande lydelse,

dels att det i övergångsbestämmelserna till lagen skall införas en ny punkt, 4, av följande lydelse.

2 §

Nuvarande lydelse

Den som har genomgått den utbildning och i förekommande fall fullgjort den praktiska tjänstgöring som anges för ett visst yrke i nedanstående tabell skall efter ansökan få legitimation för yrket. Legitimation får också meddelas den som visar att han på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens. Legitimation får dock inte meddelas om sådana omständigheter föreligger att legitimationen skulle ha återkallats om sökanden varit legitimerad.

Yrke		Utbildning	Praktisk tjänstgöring
1	Barnmorska	Barnmorskeexamen	
2	Glasögonoptiker	Godkänd utbildning för glasögonoptiker	
3	Logoped	Logopedexamen	
4	Läkare	Läkarexamen	Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring (allmäntjänstgöring)
5	Psykolog	Psykologexamen	Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring
6	Psykoterapeut	Psykoterapeut-examen	
7	Sjukgymnast	Sjukgymnastexamen	
8	Sjuksköterska	Sjuksköterske-examen	
9	Tandläkare	Tandläkarexamen	Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring (allmäntjänstgöring)

En legitimerad psykoterapeut skall i sin yrkesverksamhet ange sin grundutbildning.

Föreslagen lydelse

Den som har genomgått den utbildning och i förekommande fall fullgjort den praktiska tjänstgöring som anges för ett visst yrke i nedanstående tabell skall efter ansökan få legitimation för yrket. Legitimation får också meddelas den som visar att han på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens. Legitimation får dock inte meddelas om sådana omständigheter föreligger att legitimationen skulle ha återkallats om sökanden varit legitimerad.

Yrke		Utbildning	Praktisk tjänstgöring
1	Barnmorska	Barnmorskeexamen	
2	Glasögonoptiker	Godkänd utbildning för glasögonoptiker	
3	*Kiropraktor*	*Godkänd utbildning för kiropraktor*	*Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring*
4	*Logoped*	*Logopedexamen*	
5	*Läkare*	*Läkarexamen*	*Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring (allmäntjänstgöring)*
6	*Psykolog*	*Psykologexamen*	*Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring*
7	*Psykoterapeut*	*Psykoterapeutexamen*	
8	*Sjukgymnast*	*Sjukgymnastexamen*	
9	*Sjuksköterska*	*Sjuksköterskeexamen*	
10	*Tandläkare*	*Tandläkarexamen*	*Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring (allmäntjänstgöring)*

En legitimerad psykoterapeut skall i sin yrkesverksamhet ange sin grundutbildning.

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

9 §

I verksamhet på hälso- och sjukvårdens eller tandvårdens område får inte någon

1. obehörigen ge sig ut för att vara barnmorska, läkare eller tandläkare eller på annat sätt ge sken av att ha sådan kompetens, eller

2. ge sig ut för att vara legitimerad glasögonoptiker, logoped, psykolog, psykoterapeut, sjukgymnast eller sjuksköterska utan att ha legitimation för yrket.

2. ge sig ut för att vara legitimerad glasögonoptiker, *kiropraktor*, logoped, psykolog, psykoterapeut, sjukgymnast eller sjuksköterska utan att ha legitimation för yrket.

---

4. *Den som den 1 juli 1988 har genomgått utbildning för kiropraktor som föreskrivs i 2 § första stycket och som under minst ett år varit*

verksam inom yrket här i landet skall efter ansökan hos socialstyrelsen få legitimation som kiropraktor.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1988.

Förslag till
Förordning om ändring i förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

att i förordningen skall införas en ny paragraf, 21 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	21 a §
	Den som utomlands har genomgått av socialstyrelsen godkänd utbildning för kiropraktor och som här i landet har fullgjort praktisk tjänstgöring skall anses uppfylla kraven i 17 § första stycket 1. för legitimation som kiropraktor. Praktisk tjänstgöring som avses i första stycket skall fullgöras under tid som motsvarar ett års heltidstjänstgöring. Tjänstgöringen skall fördelas på verksamhetsområden enligt föreskrifter som socialstyrelsen meddelar samt fullgöras under handledning av en legitimerad läkare och en legitimerad kiropraktor. Tjänstgöringen skall fullgöras inom offentlig verksamhet eller i privat verksamhet som har godkänts för sådan tjänstgöring av socialstyrelsen.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 1988.

1 Alternativmedicinkommittén

Regeringen beslutade den 20 december 1984 att utreda frågor kring den s.k. alternativa medicinen. Utredningen, som antagit namnet alternativmedicinkommittén, började sitt arbete i februari 1985. Uppdraget är omfattande och det är förutsatt att arbetet skall pågå till 1988.

1.1 Utredningsuppdraget

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

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

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

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

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

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

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

Kommitténs arbete bör vara avslutat under år 1988."

För alternativmedicinkommitténs arbete gäller dessutom de allmänna tilläggsdirektiv, som utfärdats till samtliga kommittéer och särskilda utredare (Dir. 1984:5). Enligt dessa får kommitténs förslag inte öka de offentliga utgifterna eller minska statsinkomsterna. Vidare förutsätts att varje möjlighet till effektivisering av den offentliga sektorn tas tillvara.

1.2 Arbetet med kiropraktorfrågan

Alternativmedicinkommittén fick tidigt mottaga många brev från allmänheten, som uttryckte en besvikelse över att högskoleutbildade kiropraktorer alltjämt officiellt betraktas som kvacksalvare. Det utvärderingsprojekt som skulle bereda vägen för en förändrad inställning till kiropraktorerna föreföll ha kapsejsat, vilket väckt kritik också i massmedia. *Alternativmedicinkommittén beslutade*, efter att ha informerat sig om förutsättningarna för projektet, att tillsätta en expertgrupp med uppgift att inhämta fakta och bereda kommitténs ställningstaganden i kiropraktorfrågan. I expertgruppen har ingått följande personer:

Björn Forsberg — sammankallande — kommitténs sekreterare
Ingrid Andersson — ledamot av riksdagen och kommittén
Peter Lövgren — dr of Chiropractic
Erik Spangfort — överläkare
Michael Stroh — dr of Chiropractic
Dan Wallin — leg. sjukgymnast
Carl-Einar Westerberg — bitr. överläkare.

Expertgruppen har haft tio ordinarie sammanträden. Dessutom har gruppen hållit gemensamma överläggningar med företrädare för Norges Sosialdepartement och Helsedirektorat resp. med Indenrigsministeriet och Sundhedsstyrelsen i Danmark.

I samband med alternativmedicinkommitténs studieresa till Tyskland och Schweiz i mars 1986 diskuterades erfarenheterna av kiropraktorernas verksamhet med företrädare för centrala hälsovårdsmyndigheter i Schweiz. Kommittén har vidare gjort studiebesök på Lövgrens kiropraktormottagning, Naprapathic School och på Karolinska sjukhusets ryggsektion. Kommitténs sekreterare har deltagit i en av Svenska Osteopatförbundet anordnad årlig konferens.

2 Berörda verksamheter — begrepp och avgränsningar

När man har ont i ryggen eller är stel i lederna faller det sig naturligt att massera den ömma punkten eller att sträcka på kroppen. Det är en "folkmedicinsk" erfarenhet, som först beskrevs i litteraturen ca 400 år f.Kr. av Hippokrates. Denne visade hur man kunde behandla ryggbesvär med särskilda handgrepp och olika sträckningar. Idag talar man om manipulation, mobilisering och traktion, som ingår i det vidare begreppet manuell behandling.

Manuella behandlingsmetoder tillämpas både inom och utanför skolmedicinen av många olika terapeuter. Dessa använder sig av delvis olika tekniker, men framför allt synes det vara behandlingsområde, utbildning och grundläggande teoribildning som tydligast utmärker skillnaderna. Eftersom det förekommer så många olika behandlare och eftersom dessa inte använder samma terminologi har behovet av preciseringar och avgränsningar tidigt stått klart för alternativmedicinkommittén. Nedan beskrivs kortfattat behandlingsteorier och organisationer av utövare liksom de vanligaste begreppen inom området.

2.1 Ortopedisk medicin

Ortopedisk medicin är den nu allmänt accepterade benämningen för vad som tidigare kallades manuell medicin. Det är inte en officiell medicinsk specialitet enligt förteckningen i den s.k. behörighetsförordningen (1984:545), utan snarare ett för flera specialiteter gemensamt verksamhetsområde. Ortopedisk medicin anses i första hand kunna inordnas i den öppna vården och företrädare för ämnesområdet ser gärna verksamheten som en brygga över ett "ingenmansland" mellan de traditionella specialiteterna neurologi, ortopedi och reumatologi. Verksamheten inriktas mot sådana funktionsproblem i rörelseorganen som inte kräver kirurgiska eller specifikt reumatologiska behandlingsmetoder och man vänder sig främst till den stora gruppen patienter med funktionsstörande smärtor från rörelseorganen, med stelhet i leder och i ryggen eller med strama muskler och ömma senfästen.

I diagnostiken arbetar den ortopedmedicinskt inriktade läkaren med gängse undersökningsmetoder, som kompletteras med en specifik manuell teknik. Detsamma gäller beträffande behandlingen, som omfattar påverkan av patientens rörelsehinder med händerna jämte vanliga fysi-

kaliska metoder (värme, kyla, ultraljud m.m.). Det görs antingen med långsamma töjande rörelser (mobilisering) eller med ett snabbt tryck i slutet av rörelseomfånget (manipulation). Diagnostiken handhas av läkare, medan funktionsdiagnostik och behandling i Sverige vanligtvis utförs av sjukgymnaster. Denna arbetsfördelning är en följd av ett mångårigt nära samarbete mellan de båda yrkesgrupperna där grunden varit den sjukgymnastiska traditionen i Sverige. I andra länder brukar läkare svara för såväl diagnostik som behandling.

Manuella tekniker introducerades i Sverige efter impulser från Norge i början av 1960-talet. Under de följande åren anordnades flera kurser med norska gymnastikdirektörer/fysioterapeuter som lärare. År 1965 bildades en svensk sektion inom den nordiska föreningen för manuell medicin, som fem år senare blev fristående. Svensk Förening för Ortopedisk Medicin hade år 1986 omkring 640 läkare som medlemmar och antalet hade ökat med närmare 50 % under de senaste två åren. Föreningen samarbetar nära med Sektionen för Ortopedisk Medicin inom Legitimerade sjukgymnasters riksförbund (LSR). Denna sektion är den största inom LSR med omkring 1000 medlemmar. Även bland sjukgymnasterna har tydligt märkts ett växande intresse för kompletterande behandlingstekniker.

Dessa båda organisationer har i 20 års tid anordnat frivillig vidareutbildning för intresserade läkare och sjukgymnaster i form av en växande kursverksamhet. Följande veckokurser arrangeras gemensamt:

D-E, diagnostik av extremitetsproblem (för läkare)
D-R, diagnostik av ryggproblem (för läkare)
E-1, analys av funktionsproblem i extremitetsleder (för sjukgymnaster)
E-2, behandling av funktionsproblem i extremitetsleder (för sjukgymnaster och läkare)
R-1, analys av ryggens funktionsproblem (för sjukgymnaster)
R-2, behandling av ryggens funktionsproblem (för sjukgymnaster och läkare)
R-3, mer specifik behandling av ryggens problem (för sjukgymnaster).

Kurserna har lagts upp som en stegvis kunskapsökning. Den första kursen för läkare behandlar t.ex. principer, som exemplifieras med övningar att undersöka och behandla extremitetsleder, medan de följande två kurserna huvudsakligen avses belysa ryggproblemen. Sjukgymnaster, som genomfört kurserna E 1—R 2, kan fortsätta med en särskild utbildning, som omfattar personlig handledning under minst ett och ett halvt år och inläsning av vetenskaplig litteratur, till s.k. mobiliseringsexamen. Hittills har omkring 120 sjukgymnaster genomgått denna examen. Med mobiliseringsexamen som grund kan sedan sjukgymnasten vidareutbilda sig under ytterligare tre år till s.k. manipulationsexamen och Sektionen för Ortopedisk Medicin inom LSR har under 1986 anordnat den första examinationen efter sådan utbildning. Även Svensk Förening för Ortopedisk Medicin har planer på en högre utbildning i ortopedisk medicin med bl.a. manipulationsbehandling som ett bland flera inslag i behandlingsarsenalen.

2.2 Kiropraktik

Kiropraktik är dels en sjukdomsteori och dels en behandlingsteknik, som ursprungligen utarbetades av amerikanen D.D. Palmer i slutet av 1800-talet. Denne utgick från Hippokrates m.fl. läkares principer under antiken och lanserade teorin, att förskjutningar av en eller flera kotor i ryggraden (s.k. subluxationer) orsakade energiblockeringar, en sorts nervtryck, som i sin tur var förklaringen till uppkomsten av flertalet sjukdomar. Med ett hastigt handtryck (thrust) mot den berörda delen av ryggraden skulle kotan återställas i sitt normalläge, nervblockeringen upphävas och patienten botas.

Kiropraktorerna i Sverige kan bl.a. beroende på utbildningsbakgrund och vilken sjukdomsteori de omfattar hänföras till två väsentligen *skilda grupper*; de med fyra till femårig högskoleutbildning (Doctors of Chiropractic) resp. de som är självlärda, genomgått några tillfälliga intensivkurser eller har längre kurser. Även om de är verksamma under samma yrkestitel är det egentligen bara själva manipulationsgreppet, som kan vara likartat.

2.2.1 Doctors of Chiropractic

Dr's of Chiropractic utexamineras från ett tiotal godkända högskolor i USA, Canada, Australien och England efter en kvalificerad teoretisk och praktisk utbildning, som i den prekliniska delen bedömts som likvärdig med läkarutbildningen i Sverige (se vidare kap. 4). Det finns idag omkring 40 000 Dr's of Chiropractic, varav ca 1 100 är verksamma i Europa. Svenska Chiropraktorsällskapet (SCS), som är riksförening för Dr's of Chiropractic i Sverige, har ca 70 aktiva medlemmar (1986). Det kan härutöver finnas några få svenska Dr's of Chiropractic, som inte är medlemmar i SCS.

De högskoleutbildade kiropraktorerna har under årens lopp mer och mer övergett Palmers sjukdomslära och i stället orienterat sig mot den skolmedicinska teoribildningen. Det är en utveckling, som tycks ha aktivt biträtts av SCS. Därför behandlar numera Dr's of Chiropractic i Sverige enbart patienter med funktionsstörningar i rörelseapparaten. De söker samarbete med den etablerade sjukvården och tycks även i övrigt egentligen ha fler beröringspunkter med ortopedmedicinskt inriktade läkare och sjukgymnaster än med utövarna i den andra gruppen kiropraktorer.

2.2.2 Övriga utövare av kiropraktik

I slutet av 1950-talet fanns 46 kiropraktorer i Sverige enligt en beräkning av kvacksalveriutredningen (SOU 1956:29). År 1978 uppskattades antalet kiropraktorer — utöver gruppen Dr's of Chiropractic — till omkring 250 av medicinalansvarskommittén (Ds S 1979:2). Av dessa var 120 Dr's of Naprapathy, 10 personer hade "Diploma of Osteopathy" och 6 var naturläkare med tysk heilpraktikerutbildning. Omkring 100 personer antogs vara under utbildning, huvudsakligen naprapatie kandidater. Medicinalansvarskommittén konstaterade att det var svårt att uppskatta

hur många som därutöver "sysslade med manipulationsbehandling såsom kvacksalvare utan att ha utbildning i egentlig mening".

KAM (Kommittén för Alternativ Medicin), som är en intresseorganisation för alternativmedicinare, har i början av år 1986 beräknat antalet anslutna praktiker inom området manuell medicin till 462 st. Antalet överensstämmer väl med resultatet en riksomfattande genomgång av telefonkatalogens yrkesdel, som gjorts av SCS. Enligt denna fanns det år 1985 drygt 470 personer — utöver Dr's of Chiropractic — som annonserar under kiropraktorrubriken. Till dessa, som får antas yrkesmässigt utöva kiropraktik, skall adderas gruppen "kotknackare" eller "leddragare", dvs. självlärda personer som har detta som bisyssla och mestadels arbetar efter personliga rekommendationer. Hur stor den senare gruppen är kan svårligen uppskattas. Gissningsvis är totalantalet utövare av manuell behandling, vid sidan om Dr's of Chiropractic, omkring 500. Något mer än hälften av dessa är färdigutbildade osteopater (ca 10) eller naprapater (ca 300), se nedan avsnitten 2.3 och 2.4. Som en jämförelse kan nämnas att det i t.ex. Norge och Danmark knappast alls finns några utövare av kiropraktik, som inte tillhör gruppen Dr's of Chiropractic.

Axelsons Gymnastiska Institut (Stockholm) och Svenska Chiropraktorskolan (Karlstad) anordnar särskild kiropraktorutbildning i Sverige. I utbildningen till heilpraktiker eller homeatriker (naturläkare), som i Sverige anordnas av European College of Natural Medicine (Stockholm), Heilpraktikerinstitutet (Malmö) och Naturmedicinska Fackskolan (Örkelljunga), ingår kiropraktik som ett bland flera grund- och alternativmedicinska ämnen. Dessutom förekommer tillfälliga studiecirklar under ledning av någon utländsk gästföreläsare, t.ex. heilpraktiker från Tyskland. Tyngdpunkten i utbildningen är antingen veckokurser eller brevstudier, eventuellt kompletterad med några seminarier eller sammanhängande perioder av praktisk tillämpning. Kurstiden kan sträcka sig över tre år (Axelsons) eller koncentreras som en intensivkurs till en enda helg (Sv. Chiropraktorskolan). Som ett bevis på genomgången kurs utdelas vanligen diplom.

Chiropraktiska Föreningen i Sverige, som organiserat sig som ett yrkesförbund i KAM, har 55 aktiva medlemmar (1986). Enligt föreningens stadgar kan endast den bli medlem, som i sitt utövande av yrket blivit känd som omdömesgill och kunnig. Olika examina eller diplom kvalificerar således inte för medlemsskap, utan det görs i stället en kvalifikationsbedömning av föreningsstyrelsen i varje enskilt fall.

De självlärda eller korttidsutbildade kiropraktorerna synes alltjämt hålla fast vid Palmers ursprungliga teori om att i stort sett alla sjukdomar är behandlingsbara med kiropraktiska grepp (den ortodoxa skolan). De ser sig själva som helhetsterapeuter och använder ofta manipulationsbehandlingen som endast en bland flera andra diagnostiska och terapeutiska tekniker, t.ex. irisdiagnostik, akupunktur, zonterapi m.m. Eftersom de väsentligen varit oorganiserade är det oklart om de, på sätt som t.ex. Dr's of Chiropractic och övriga organiserade kiropraktorer gjort, utarbetat egna yrkesetiska regler, tecknat ansvarsförsäkringar till patienternas skydd, anordnat återkommande fortbildningsaktiviteter osv.

2.3 Osteopati

Osteopatin har många likheter med kiropraktiken. Även osteopatin grundades i slutet av 1800-talet av en amerikan (Andrew Still, 1874) och utgick från uppfattningen om en gemensam sjukdomsorsak, som främst kunde behandlas genom manipulation av ryggraden och ledgångarna. På samma sätt som gäller beträffande kiropraktorerna finns bland osteopater väsentliga utbildningsskillnader.

Svenska Osteopatförbundet har lämnat följande upplysningar om osteopatin. Den grundläggande principen är att störningar i leder, vävnader och organ hindrar kroppsvätskorna att komma fram ("osteopatisk lesion"). Osteopatin framhålls som en dynamisk terapi, som syftar till att öka dynamiken hos individen för att på så sätt lösgöra och aktivera människans självläkande energi eller kraft. Inom osteopatin talar man därför om ett extra organ, dynamikens organ, som består av rörelseapparaten och inkluderar nervsystemet och cirkulationen. Den osteopatiska behandlingen begränsas därför inte till ortopediska störningar, utan avser att genom ökad dynamik eliminera störningar i hela organismen. Kranial osteopati är en viktig del i osteopatin, som Svenska Osteopatförbundet tror kommer att öka i betydelse. Enligt denna teori är skallen uppbyggd av små segment, som kan rubbas och fastna i fel läge. Detta ger upphov till "lesioner" som påverkar inte bara hjärnan utan hela kroppen. Många helt olika sjukdomar anses därför kunna behandlas framgångsrikt genom manipulation med kraniell teknik.

I USA finns för närvarande 15 högskolor med osteopatisk inriktning, varav några på erkänt hög vetenskaplig nivå. Personer som utexamineras från dessa får titeln Doctor of Osteopathy och har i USA samma ansvar och rättigheter som vanliga legitimerade läkare. Skillnaden är den att de redan under grundutbildningen dessutom inhämtat specialkunskaper inom manuell diagnostik och behandling. Många amerikanska osteopater tycker sig emellertid inte kunna följa upp sina manuella färdigheter och har därför i praktiken kommit att arbeta som "vanliga" läkare. Det finns, enligt uppgift, inte någon i Sverige verksam läkare med amerikansk Dr of Osteopathy-examen, men däremot ett par personer som efter svensk läkarexamen genomgått osteopatisk fortbildningskurs i England.

Svenska Osteopatförbundet har 20 aktiva medlemmar med varierande utbildningsbakgrund. Ett par av dessa har genomgått British School of Osteopathy, som är en fyraårig heltidsutbildning. Några har studerat tysk heilpraktikerutbildning och ett tiotal har fått Diplom i Osteopati efter genomgången utbildning vid Andrew Still College, som är en av förbundet organiserad fackutbildning i osteopati efter grundutbildning vid Göteborgs Gymnastiska Institut. En minoritet av medlemmarna har tillfälliga kurser, men i stället lång yrkesverksamhet. Mot bakgrund av den teori om frigörande av energi och kraft, som de svenska osteopaterna omfattar, har många valt att utvidga undersöknings- och behandlingsarsenalen med t.ex. homeopati och akupunktur som komplement till de grundläggande manuella teknikerna. Gruppen kan därför ses som en sorts specialiserade naturläkare.

2.4 Naprapati

Naprapatin, som skapades i början av 1900-talet av den amerikanske kiropraktorn Oakley Smith, kan sägas vara en modifierad form av kiropraktik. Smith uppmärksammade de störningar av kroppsfunktionen som uppkommer på grund av skador eller påfrestningar av bindväven och mellan kotskivorna i ryggraden. Inte bara kotpelaren utan även andra leder i kroppen kan vara funktionshämmade till följd av sammandragningar och stelhet i bindväven.

Naprapatin inriktar sig i första hand på de mjukdelar som omsluter ryggraden och behandlingen går ut på att återställa rörelsesymmetrin med manuell behandling och fysioterapi (massage, manipulation, stretching, artikulering, elektro- och annan apparatbehandling). Behandlingsområdet är nacke-, led- eller ryggproblem, sträckningar och muskelbesvär. Naprapaterna anses tillämpa en mjukare behandlingsteknik och har också en friskvårdsprofil med specialisering på bl.a. muskelbesvär, som är vanliga bland idrottsmän och i en del yrken.

Svenska naprapatförbundet, som bildades år 1971 och numera ingår i KAM, har omkring 350 medlemmar. Av dessa har 300 st. fullt medlemskap (1987). För medlemskap fordras godkänd utbildning vid Naprapathic School i Stockholm eller vid Chicago National College of Naprapathy, som är de enda utbildningsanstalterna för naprapati i världen.

Skolan i Stockholm startades 1970 och är fyraårig. De första tre åren avser heltidsstudier och omfattar fysioterapeutisk utbildning resp. undervisning i manuell medicin. Efter andra läsåret får godkända elever diplom, betyg och titeln naprapatie kandidat. De kan nu börja ta emot patienter som självständiga yrkesutövare och får också interimistiskt medlemskap i Svenska Naprapatförbundet. Det tredje läsåret utgör en vidareutbildning till Doctor of Naprapathy och undervisningen är då förlagd till eftermiddagar och kvällar varannan vecka för att möjliggöra för kandidaten att bedriva egen mottagning parallellt med studierna. De avslutande två terminerna omfattar inte någon regelrätt undervisning utan disponeras helt för sammanställande av ett examensarbete. Diplom, certifikat och betyg erhålls efter godkänd examen.

Etableringen av Naprapathic School i Stockholm har medfört att vi i Sverige har flera naprapater än Dr's of Chiropractic. Av samma skäl har man i Finland fått en likartad utveckling. Internationellt sett är annars naprapaterna en avsevärt mindre grupp och är egentligen bara nämnvärt representerade i USA (framför allt i staten Illinois).

2.5 Alternativmedicinkommitténs överväganden och förslag

Alternativmedicinkommittén skall enligt direktiven pröva vilka alternativa metoder som ev. kan vara av värde för den etablerade medicinen och överväga möjligheterna att föra in vissa yrkesutövare under samhällets tillsyn.

Några få metoder som idag allmänt betraktas som alternativa är

emellertid konventionella i den meningen att de redan accepterats inom samhällets hälso- och sjukvård. Ett bra exempel på detta är akupunkturen, som hösten 1984 godkändes av socialstyrelsen som behandlingsmetod vid framför allt kronisk smärta. Alternativmedicinska akupunktörer använder emellertid samma metod inom ramen för en s.k. helhetsterapi och de tillämpar betydligt vidare behandlingsindikationer än enbart smärta.

Kiropraktiken är i en liknande situation. Manipulation som behandlingsmetod vid funktionsstörande smärtor från rörelseorganen tillämpas — visserligen i mindre utsträckning — sedan många år av en del läkare och sjukgymnaster. Metoden är då accepterad av myndigheterna. När i princip samma behandling utförs på andra indikationer eller av personer som inte hänförs till hälso- och sjukvårdspersonalen betraktas detta formellt som kvacksalveri. Det är mot den bakgrunden särskilt viktigt med klargöranden i just frågorna om behandlingsområdet och yrkesutövarens formella kompetens.

2.5.1 Valet av terminologi

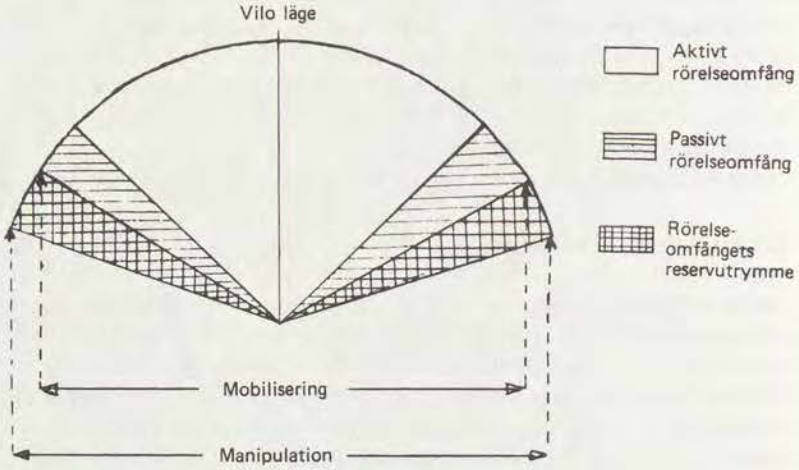
Alternativmedicinkommittén väljer att använda *manuell behandling* som ett övergripande begrepp för det aktuella verksamhetsområdet. Av det föregående har framgått att det kan uppstå förvirring när olika grupper tillämpar sin egen nomenklatur för i princip samma företeelser. För förståelsen av kommitténs diskussioner och förslag i detta delbetänkande krävs således en del preciseringar och förklaringar. *Alternativmedicinkommittén ansluter sig* då i huvudsak till läkarnas och sjukgymnasternas terminologi. Denna grundas på svenska förhållanden till skillnad från de "kiropraktiska" lärorna, som ju alla ursprungligen är amerikanska.

I den kiropraktiska litteraturen används termen "subluxation" med den försvenskade innebörden "kotförskjutning". Inom osteopatin talar man i stället om "lesion". *Alternativmedicinkommittén använder* begreppet "funktionsrubbning". Ordet "manipulation" användes tidigare inte alls av kiropraktorer, men tycks nu ha trängt igenom i alla läger. I den medicinska litteraturen finns förespråkare för en mycket vid tolkning av manipulationsbegreppet, som skulle innebära att varje form av fysisk beröring med en patient skulle kallas manipulation.

Här används begreppet *manipulation* i den betydelsen att terapeuten, i syfte att normalisera funktionen i rygg- eller extremitetsleder hos en patient, griper med sina händer över leden och avslutar sina handrörelser med ett snabbt tryck, som går utöver gränsen för ledens fysiologiska rörlighet dock utan att överskrida det anatomiska ytterläget. Det kan antingen utföras med stora, generella kontaktpunkter (en hel hand eller bägge händerna, underarmen eller armbågen) eller med en så liten kontaktyta som möjligt (fingrarna eller en del av handen). I båda fallen utförs belastningsrörelsen med maximal hastighet, minimalt rörelseutslag och med måttlig till minimal kraft.

När behandlingen hålls inom gränsen för ledens normala rörelseomfång talar man i stället om *mobilisering*. Inom sjukgymnastiken innebär detta en eller flera serier upprepade töjningar av lednära strukturer —

särskilt ledband och ledkapslar. Det går till så att terapeuten med handkraft anbringar en lednära, mycket måttlig kraft och långsamt töjer i den riktning som ledens rörlighet är nedsatt. Vanligtvis upprepas proceduren fem till sex gånger per behandlad led följd av en effektvärdering. Vid behov genomförs behandlingen i en andra och en tredje serie. Det som skiljer mobilisering från manipulation är alltså dels att rörelserna är långsamma och töjande, dels att det lilla extra hastiga trycket i slutet av rörelseomfånget aldrig utförs (se figur).



2.5.2 Alternativmedicinkommitténs avgränsningar

Det finns, som redan framgått, många olika yrkesutövare som ägnar sig åt manuell behandling i Sverige — läkare, sjukgymnaster och mer eller mindre utbildade kiropraktorer, osteopater och naprapater. Det som är gemensamt för dessa är inslaget av manuella tekniker i själva behandlingen. Handgreppen kan visserligen vara närbesläktade, men där upphör likheterna. Det är ändå troligt, att det aktiva tillvägagångssättet uppfattas som karaktäristisk av patienterna och att det är just detta som de eftertraktar vid valet av behandlingsform. I allmänhetens ögon görs därför knappast någon större skillnad vare sig mellan kiropraktorer, osteopater och naprapater eller mellan olika grupperingar inom dessa yrkeskategorier. Däremot är läkare och sjukgymnaster, i sin egenskap av legitimerade yrkesutövare, sedan länge välkända och lätt urskiljbara såväl från de övriga grupperna som sinsemellan.

Den svenska befolkningen tycks i stadigt växande utsträckning söka hjälp hos olika utövare av manuell behandling. *Alternativmedicinkommittén anser*, vilket också direktiven ger uttryck för, att människornas egna upplevelser och önskemål måste få sjukvårdspolitiskt genomslag tydligare än som hittills skett. I detta fall är själva behandlingstekniken givetvis inte oväsentlig, men trots allt endast en begränsad del av det totala omhändertagandet. En diskussion mot bakgrund av allmänhetens

intresse för den här verksamheten kan, enligt kommitténs mening, inte reduceras till en teknisk metodfråga.

I belysning av hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) krav att hälso- och sjukvården skall vara av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet i vården och behandlingen (2 §) blir snarare utövarnas allmänna medicinska förfarenhet, kunskaper i diagnostik och insikter om terapins begränsningar av större intresse. Man skulle populärt kunna uttrycka det som, att det inte enbart gäller att kunna "knäcka" i ryggraden, utan terapeuten måste också säkert veta vilka tillstånd som lämpar sig för behandling, när en behandlingsserie skall avbrytas för att inte vålla mer skada än nytta och — sist men inte minst — vilka patienter som överhuvud taget inte är behandlingsbara. I det perspektivet är skillnaderna mellan de olika yrkesutövarna avsevärda.

Läkarnas och sjukgymnasternas intresse för det ortopedmedicinska verksamhetsområdet liksom verksamhetens ställning inom ramen för samhällets hälso- och sjukvård är främst beroende av vetenskapliga aktiviteter och medicinska forskningsresultat och därför egentligen inte en fråga för alternativmedicinkommittén.

Bland alla andra utövare av manuell behandling framstår Dr's of Chiropractic, utbildnings- och yrkesmässigt, som en särskilt kvalificerad grupp. De har med åren mer och mer anammat det naturvetenskapliga synsättet och klart inriktat sig på enbart behandlingen av funktionsrubbningar i rörelseapparaten. Det är en utveckling som gör att dessa kiropraktorer har mer gemensamt med den ortopedmedicinska än den alternativmedicinska verksamheten, något som för övrigt också kan avläsas i gruppens tydliga strävan efter att utvidga kontaktytan till den etablerade hälso- och sjukvården. Svenska Chiropraktorsällskapets beslut att stå utanför KAM och i stället driva kraven på legitimation liksom benägenheten att samarbeta i det av medicinalansvarskommittén föreslagna utvärderingsprojektet (se vidare kapitel 3) kan ses som andra tecken på samma sak. Slutligen bör beaktas att Dr's of Chiropractic är en internationellt välkänd grupp, som i bl.a. Norge och Danmark har kunnat inordnas i det offentliga sjukförsäkringssystemet.

Alternativmedicinkommittén bedömer, av nämnda skäl och mot bakgrund av de mångåriga diskussioner som förts om Dr's of Chiropractic's framtida ställning inom hälso- och sjukvården, det riktigt att behandla denna grupp i ett särskilt delbetänkande. När det i fortsättningen talas om kiropraktorer och kiropraktik avses alltså Dr's of Chiropractic resp. den moderna, ortopedmedicinen närstående, skola för yrkesutövning som Svenska Chiropraktorsällskapet står för i Sverige. När det gäller de övriga grupperna och dessas verksamhet kan kommittén konstatera, att det finns många spörsmål, som är av generell alternativmedicinsk karaktär och därför bör behandlas i sitt större sammanhang. Härvid kommer t.ex. naprapaterna att studeras noggrant. *Alternativmedicinkommittén återkommer* i sitt huvudbetänkande till dessa frågor.

3 Kiropraktorfrågan — administrativ och vetenskaplig bakgrund

Den kiropraktiska läran har varit kontroversiell sedan den introducerades och kiropraktikens ställning har diskuterats engagerat i årtionden i Sverige och utomlands. Från medicinskt vetenskapligt håll har hela tiden hävdats att kiropraktikens grundläggande idéer är ovederhäftiga. Man har dock tillstått att behandlingen i sitt praktiska utförande kunnat ha positiva effekter i enskilda fall vid vissa sjukdomstillstånd i rörelseorganen. Patienterna väljer i stadigt växande utsträckning att söka hjälp hos kiropraktorer.

Kiropraktorfrågan kan sägas ha en politisk och en vetenskaplig sida. Politikernas intresse för saken har uppstått i brytningen mellan, å ena sidan myndigheternas skepsis mot bakgrund av de tongivande medicinska forskarnas klara avståndstagande och å andra sidan allmänhetens positiva erfarenheter och därav föranledda krav på ett offentligt erkännande av kiropraktorerna. I skuggan av de gamla motsättningarna, som utåt sett förefallit orubbade, har under de senaste åren skett förändringar, som alternativmedicinkommittén närmare kommer att beröra i de följande kapitlen. Nedan beskrivs den politiska beslutsgången och problemen med det tidigare beslutade utvärderingsprojektet. Dessutom värderas forskningen om manipulationsbehandling mot bakgrund av en fristående litteraturgenomgång, som utförts av socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet.

3.1 Tidigare beslut och utredningar

Kiropraktorer har funnits i Sverige sedan 1910-talet, då de första USA-utbildade kiropraktorerna öppnade praktik här. På 1920-talet bildades den första sammanslutningen av kiropraktorer, Chiropraktiska Föreningen, där envar som bedrev kiropraktisk verksamhet hade tillträde. I mitten av 1930-talet bröt sig en grupp ur denna, för att på så sätt bättre tillvarata de *utbildade* kiropraktorernas intressen. Dessa benämnde sig i stället Diplomerade Chiropraktorers Förening och medgav endast de med diplom från kiropraktiskt college i USA inträde. Diplomerade Chiropraktorers Förening ändrade 1956 sitt namn till Svenska Chiropraktorsällskapet.

Under 1920- och 30-talen skedde en jämn ökning av antalet utbildade kiropraktorer i Sverige. I samband med andra världskriget inträdde

emellertid en stagnation och inte förrän under andra hälften av 1960-talet började studenter åter att resa till USA (senare även till England) för högskoleutbildning till kiropraktoryrket.

Under hela denna tid har de högskoleutbildade kiropraktorerna försökt att bli inordnade i den etablerade sjukvården. När kvacksalverilagen antogs efter utredningsarbete under 1950-talet hänfördes emellertid kiropraktiken uttryckligen till kvacksalveri. Sedan dess har dock kiropraktorernas strävan alltmer intensifierats, samtidigt som svenskarnas intresse för kiropraktiska behandlingar vuxit. Detta har bl.a. kunnat avläsas i ett ökat antal riksdagsmotioner. Dessa har — förutom frågan om legitimation — även avsett förslag om utvidgning av allmänna sjukförsäkringens ersättningsregler till att omfatta också konsultationer hos Dr's of Chiropractic samt förslag om utbildning i Sverige av kiropraktorer. En flerpartimotion 1976 ledde till att legitimationsfrågan hänsköts till den då verksamma medicinalansvarskommittén.

Denna utredning avvisade år 1979 i betänkandet Kiropraktorer m.fl. (Ds S 1979:2) tanken på en särskild legitimation av kiropraktorer såsom självständiga yrkesutövare med behörighet att ställa diagnos och arbeta helt efter denna. Ställningstagandet grundades framför allt på den osäkerhet som ansågs råda om det medicinska värdet av manuell behandling och på att kiropraktorerna inte bedömdes ha den breda medicinska utbildning som krävdes för att som självständiga yrkesutövare kunna inordnas i den av samhället sanktionerade sjukvården.

För att ge bättre underlag för en vetenskaplig värdering av kiropraktiken föreslog medicinalansvarskommittén en försöksverksamhet, som skulle närmare utformas och utvärderas av socialstyrelsen. På några sjukhuskliniker skulle kiropraktorer arbeta i nära kontakt med särskilt utvalda läkare. Läkarens uppgift skulle vara att ställa diagnos och göra bedömningen om kiropraktisk behandling borde ske. Kiropraktorn skulle därefter göra sin undersökning. En förutsättning var också patientens samtycke. Gruppen Dr's of Chiropractic borde, enligt förslaget, i första hand komma ifråga för försöksverksamheten.

3.1.1 Uppläggningen av utvärderingsprojektet

Efter sedvanlig remissbehandling av utredningsförslaget uppdrog regeringen i mars 1980 åt socialstyrelsen att — i samråd med landstingsförbundet — utarbeta en projektplan för en försöksverksamhet med kiropraktorer inom den offentliga sjukvården. Ett år senare presenterades en preliminär projektplan med kostnadskalkyl, som omfattade dels en inledande pilotstudie vid ett sjukhus under ca tre månader dels en därpå följande huvudstudie, som beräknades pågå minst sex månader på flera sjukhus. Efter ytterligare ett år (mars 1982) beslutade regeringen att genomföra försöksverksamheten i huvudsak enligt de riktlinjer som angetts i projektplanen. Socialstyrelsen fick i uppdrag att administrera hela projektet, som bantades från tidigare beräknade 1,3 miljoner kronor till 800 000 kronor.

Verksamheten skulle vara igång senast den 1 januari 1983 men nedbantningen av anslagen innebar att försöken skulle bedrivas på fyra

sjukhus i landet i stället för på sex sjukhus som planerats. De aktuella sjukhusen var Karlstads lasarett, Helsingborgs sjukhus, Huddinge sjukhus och Danderyds sjukhus alt. Karolinska sjukhuset. Pilotstudien avsågs förläggas till Karlstad lasarett.

För att lösa praktiska frågor m.m. bildades en särskild projektgrupp, som bestod av — som ordföranden — en representant för socialstyrelsen och vidare två läkare, två personer utsedda av Svenska Chiropraktorsällskapet samt en statistiker. Projektet lades upp som en prospektiv randomiserad studie av ett specificerat patientmaterial med en enkelblind resultatbedömning. Målet var att pröva om kiropraktisk behandling har samma effekt eller effekt utöver en av ortoped föreskriven behandling resp. patientens egenbehandling. Med behandling avsågs uttryckligen det totala omhändertagandet.

Ett hundratal patienter skulle inom varje försöksområde upplysas om dels möjligheten till behandling av kiropraktor, dels ortopedisk behandling. Patienturvalet avsåg personer mellan 20 och 59 år med kroniska eller subakuta smärtor från länd- eller halsryggen, som varat i mer än två månader. En inledande gallring, som skulle göras gemensamt av läkare och kiropraktor, avsåg att utesluta från försöket personer enligt vissa angivna kriterier, t.ex. med inflammatoriska tillstånd i rörelseapparaten, med känd psykisk diagnos eller psykofarmakaförbrukning m.m. Sedan kiropraktorn bedömt om patienten över huvud taget lämpade sig för manuell behandling skulle de återstående försökspersonerna slumpvis hänföras till resp. behandlingsalternativ.

Avsikten var att behandlingen i första hand skulle ske på sjukhuset, men man kunde också komma överens om att hänvisa kiropraktorns behandlingsgrupp till dennes privatmottagning. Efteråt skulle patienterna kallas till en kontroll för registrering av effekten enligt följande parametrar:

- sjukfrånvaro
- smärtupplevelse
- analgetikaförbrukning
- fysikaliskt status
- funktionsstatus
- psyko-social funktionsbestämning.

Redovisning och bearbetning av materialet skulle utföras av projektledningen. När såväl pilot- som huvudstudierna avslutats och rapporten offentliggjorts borde det, enligt medicinalansvarskommitténs ursprungliga överväganden, finnas ett underlag för beslut i legitimationsfrågan. Då skulle man också kunna ta ställning till om den kiropraktiska behandlingstekniken mer allmänt borde rekommenderas den offentliga sjukvården.

3.1.2 Svårigheter vid genomförandet

Efter sex års förberedelser har utvärderingsprojektet ännu inte kommit igång. Det finns många samverkande orsaker till detta.

Det förberedande planeringsarbetet tog längre tid än man tänkt sig.

Bl.a. fick projektgruppen ta upp nya diskussioner med berörda landsting när kostnadskalkylen förändrades. Pilotstudien på Karlstad lasarett fick inställas våren 1983 på grund av svårigheter med läkartjänsterna på sjukhuset. Huddinge sjukhus utsågs som ersättare. Hösten 1984 var alla praktiska arrangemang klara, men det visade sig redan i försökets inledning att man inte kunde få fram ett tillräckligt stort patientunderlag enligt de kriterier, som angetts i projektplanen. Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg förklarade sig villigt att överta projektet och angav först våren och senare hösten 1985 som möjlig starttidpunkt. Efter försening presenterades sommaren 1986 delvis nya tankar för studiens genomförande. Mot bakgrund av alternativmedicinkommitténs vid denna tidpunkt långt framskridna arbete, ansågs det nu inte finnas anledning att direkt påbörja utvärderingen.

Förutom de nu nämnda svårigheterna synes det hela tiden ha funnits en grundläggande osäkerhet hos berörda läkare och kiropraktorer om såväl undersökningsmodellen som om det egentliga värdet med projektet ur vetenskaplig och praktisk synvinkel.

Eftersom det inte genomförts något liknande projekt tidigare tvingades man att lägga upp undersökningen från grunden. Det krävde noggranna överväganden i metod- och undersökningstekniska frågor, utarbetande av frågeformulär o.s.v. Detta arbete komplicerades av att läkarna och kiropraktorerna inte hade samma vetenskapliga bakgrund. Det var dessutom en resursfråga för kiropraktorerna — dessa måste ju huvudsakligen utföra arbetet på fritiden vid sidan av den egna praktiken.

Vidare inrymde själva projektidéen möjliga konflikter, som har att göra med metodtekniska svårigheter att genomföra jämförande försök vid ryggproblem. Det enda symtom som är gemensamt för de aktuella patienterna är smärta, men det föreligger inte något konstant samband mellan smärtupplevelsen och objektivt påvisbara funktionsrubbningar i kotpelaren. Om patienten blir smärtfri efter behandlingen upplever han inte en kvarstående funktionsstörning som särskilt besvärande. Å andra sidan torde en objektivt påvisbar förbättring av ryggfunktionen utan motsvarande smärtlindring sakna verklig betydelse. Därför måste patientens personliga upplevelse av smärtlindringen rimligen accepteras som huvudkriterium vid utvärderingen. En sådan modell tillåter emellertid inte några entydiga slutsatser om den specifika effekten av olika behandlingsmetoder.

Eftersom slutresultatet måste formuleras efter en tolkning, som är öppen för subjektiva värderingar och eftersom deltagarna i detta fall kunde förväntas ha skilda intressen, skulle tolkningsproblemet sannolikt utmynna i ett dödläge utan några definitiva svar. Ett sådant resultat skulle varken gynna de berörda läkarna i sin akademiska karriär eller kiropraktorerna i sin strävan att vinna erkännande för sin yrkesutövning. Projektet skulle visserligen kunna vara av intresse för den inomvetenskapliga metodutvecklingen, men misslyckas att fylla den uppgift som medicinalansvarskommittén tänkt sig.

3.2 Riksdagsbehandlingen under de senaste åren

Många har beklagat att projektet inte kommit till stånd. Enskilda patienter är besvikna och massmedia irriterade över förseningen. För kiropraktorerna har utvecklingen medfört en oönskad fördröjning av beslut i legitimationsfrågan. Problemen har också aktualiserats i riksdagen varje år från 1983.

I motion 1983/84:407 begärdes att riksdagen skulle anhålla att regeringen snarast tog de initiativ som krävdes för att få till stånd en försöksverksamhet i syfte att inom en nära framtid kunna inom sjukvården ta till vara det kunnande som finns hos välutbildade kiropraktorer och naprapater.

I motion 1983/84:784 begärdes — parallellt med den förutskickade försöksverksamheten — en analys av huruvida systemet i Schweiz med legitimation av kiropraktorer och med ersättning från sjukkassesystemet för vård hos kiropraktorer skulle kunna omsättas på svenska förhållanden.

I motion 1983/84:2855 med anledning av propositionen (1983/84:179) om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården yrkades på en komplettering med legitimationsvillkor också för Doctors of Chiropractic.

Samtliga nu nämnda motioner avslogs under hänvisning till att projektets start var nära förestående. När så inte blev fallet togs frågan upp på nytt ett år senare i motion 1984/85:367. Även denna motion avslogs med i princip samma motivering. Den senaste motionen (1985/86:407) innehöll liknande yrkanden. I socialutskottets utlåtande (SoU 1985/86:13) över denna, hänvisade utskottet till det aktuella arbetet inom alternativmedicinkommittén och underströk att ytterligare dröjsmål med prövningen av kiropraktorernas verksamhet inte kunde accepteras.

3.3 Vetenskapliga undersökningar

Det historiskt starka motståndet mot kiropraktorernas verksamhet och mot manipulation som behandlingsmetod har inte alltid grundats på rationella överväganden. Förutfattade meningar och skråtänkande har inte sällan försvårat helt invändningsfria undersökningar, som skulle kunna belysa de kiropraktiska behandlingsresultaten. Det tycks särskilt gälla beträffande amerikansk forskning och anses bl.a. kunna förklaras av att kiropraktorerna i detta land vuxit sig till en allvarlig utmaning mot läkarintressena. Det har t.ex. påvisats att de undersökningar om manipulationsbehandling, som publicerats i amerikanska tidskrifter, generellt visar på sämre resultat av behandlingen än liknande undersökningar i andra engelskspråkiga tidskrifter.

Den vetenskapliga striden har framkallat en politisering av kiropraktorfrågan, som började i USA och som spritt sig till andra länder. Inför beslutet om legitimation av kiropraktorer i Nya Zeeland fick t.ex. tillkallas en undersökningskommission under ledning av en jurist, som bl.a. arbetade med offentliga vittnesmål under ed (s.k. public hearings), för-

hör med ett mycket stort antal experter, besök på många olika institutioner osv. Kommissionen framhåller i sin omfattande rapport (Chiropractic in New Zeeland, 1979), att modern kiropraktik långtifrån är någon "ovetenskaplig modenyck". Rapporten publicerades ett halvår efter medicinalansvarskommitténs betänkande och en sammanfattning av kommissionens slutsatser redovisas som *bilaga 2*. I övrigt beskrivs de internationella förhållandena i kapitel 4.

Mot bakgrund av de nyss redovisade svårigheterna att genomföra den prospektiva utvärderingen, har alternativmedicinkommittén istället valt att låta utföra en systematisk genomgång och värdering av den hittills publicerade vetenskapliga litteraturen om kiropraktik och manipulationsbehandling. Detta arbete har utförts fristående från kommitténs arbete i övrigt av dr. Niels Lynöe och professor Lars Olov Bygren vid socialmedicinska institutionen, Umeå universitet, som härvid utgått från en indelning av litteraturen i:

- översiktsartiklar
- kontrollerade undersökningar
- komplikationer vid manipulationsbehandling
- det s.k. kanadensiska materialet.

Lynöes och Bygrens rapport Manipulationsbehandling vid smärttillstånd i ryggen publiceras här i sin helhet som *bilaga 3* och författarna svarar således själva för innehållet.

3.4 Alternativmedicinkommitténs överväganden och förslag

Lynöes och Bygrens kartläggning och värdering av den vetenskapliga litteraturen om manipulationsbehandling tycks visa, att det föreligger en — visserligen begränsad men ändå övertygande — terapeutisk effekt av sådan behandling vid länd- och bröstryggsbesvär. Författarna påpekar att manipulationsbehandling inte är riskfri och att riskerna är störst vid manipulation av halsryggen. Det är mycket svårt att genomföra vetenskapligt invändningsfria utvärderingar av fysikaliska behandlingsmetoder i allmänhet och i den allmänna debatten har framförts motstridiga påståenden om bl.a. behandlingseffekten vid manipulation. Det synes mot den bakgrunden motiverat att klargöra vad man för närvarande säkert kan uttala i några vanligt förekommande frågor.

Alternativmedicinkommittén finner att följande påståenden *har stöd* i den vetenskapliga litteraturen:

- manipulationsbehandling ger jämfört med konventionell behandling minst lika god symtomlindring
- det är sannolikt, att en grupp patienter — en minoritet — uppnår snabbare smärtlindring, om till konventionell behandling läggs manipulationsbehandling
- det är mycket osäkert hur stor denna grupp är och den kan troligen inte heller på förhand identifieras med någon större grad av säkerhet.

Följande brukar påstås, men *saknar stöd* i den vetenskapliga litteraturen:

- manipulation har bevisligen ingen positiv effekt utöver placeboeffekten
- manipulation har bevisligen ingen positiv effekt utöver konventionell fysikalisk terapi och behandling med smärtstillande medel
- konventionell behandling meddelad av läkare och/eller sjukgymnast är överlägsen manipulationsbehandling
- manipulationsbehandling påverkar sjukdomens naturalförlopp (dvs. den naturliga läkningsprocessen) i positiv riktning.

I rapporten diskuterar Lynöe och Bygren bl.a. frågan om accepterandet av kontroversiell teknologi. Författarna kommer till den slutsatsen att randomiserade, kliniskt kontrollerade studier, dvs. samma undersökningsmodell som medicinalansvarskommittén föreslog, sannolikt förutsätter att den teknologi som skall studeras redan har vetenskaplig status. De rekommenderar därför att det först görs en bedömning av acceptansförhållandena innan man initierar en sådan undersökning.

Alternativmedicinkommittén anser att den genomförda litteraturgenomgången och kommitténs analys därav utgör en rimlig ersättning för det problemfyllda utvärderingsprojektet som underlag för statsmakternas överväganden om kiropraktorernas framtida ställning. Manipulation har sedan flera år erkänts av svenska myndigheter i bl.a. ersättningssammanhang och behandlingen är accepterad i läkarkretsar även om de hittills redovisade vetenskapliga bevisen för dess effektivitet synes svaga. Emellertid är patienternas omdömen generellt starkt positiva, vilket påtagligt talar till behandlingsmetodens fördel. SCB har för kommitténs räkning genomfört en undersökning av svenskarnas attityder till bl.a. kiropraktorernas verksamhet, som närmare kommer att beröras längre fram.

Alternativmedicinkommittén framhåller, bl.a. mot bakgrund av skillnaderna mellan patienternas erfarenheter och utfallet av hittills genomförda vetenskapliga undersökningar, fortsatt forskning som angeläget och *rekommenderar* forskningsorganen att stödja projekt inom detta område. Dessa behöver inte nödvändigtvis ha formen av en randomiserad prospektiv gruppjämförelse. Vidare bör det bli lättare att få till stånd bra undersökningar om samarbetet mellan de olika grupperna förbättras. För en sådan utveckling talar trots allt flera omständigheter. Kommittén vill särskilt peka på sitt eget ställningstagande att göra åtskillnad mellan de politiska resp. vetenskapliga sidorna av kiropraktorfrågan och på den orientering mot skolmedicinsk teoribildning, som kännetecknar den moderna kiropraktiken. Lynöes och Bygrens resonemang om en eventuell "klimatförbättring" till följd av de nyligen framförda neurofysiologiska förklaringarna (BMA-rapporten) synes däremot mer osäkert, eftersom dessa teoretiska antaganden redan mött stark kritik av specialister.

4 Förhållandena i andra länder

Kiropraktiken är internationell. Den första organiserade utbildningen av kiropraktorer började 1895 i USA. Sedan dess har tillkommit många liknande skolor, främst i Nordamerika men även i Europa och i Australien. Efter avslutad utbildning har kiropraktorerna sökt sig till olika länder och finns nu etablerade i så gott som hela den utvecklade västvärlden.

Trots att kiropraktiken successivt vuxit sig internationellt starkare har den hittills bara vunnit offentligt erkännande, t.ex. genom legitimations- eller registreringsförfarande, i några få länder (Australien, Canada, Panama, Nya Zeeland, Schweiz, Syd-Afrika, Zimbabwe och USA). De olika hälsovårdsmyndigheternas restriktiva inställning beror antagligen på att man tagit intryck av den medicinska sakkunskapens kritik av de kiropraktiska behandlingsteorierna. Principiella förbud för andra än läkare att behandla sjuka människor förekommer i många länder.

Myndigheternas inställning till kiropraktiken och de rättsliga förutsättningarna för kiropraktorernas yrkesutövning varierar från land till land. En systematisk genomgång av internationella förhållanden kunde visserligen vara intressant, men skulle bli alltför omfattande. Beskrivningen nedan är därför en ganska enkel översikt med tonvikt på de länder, som inordnat kiropraktorerna i sitt sjukvårdssystem. Eftersom Sverige anslutit sig till en nordisk överenskommelse om gemensam nordisk arbetsmarknad för yrkesgrupper på hälso- och sjukvårdens område, beskrivs situationen i våra närmaste grannländer något utförligare.

4.1 De nordiska länderna

I *Finland* var år 1986 endast knappt tio kiropraktorer verksamma. Dessas ställning i sjukvårdssystemet är inte lagreglerad och verksamheten berättigar inte till ersättning från den allmänna sjukförsäkringen. Situationen är med andra ord ungefär densamma som i Sverige.

Danmark och *Norge* har ganska likartade förhållanden. I Danmark fanns år 1986 närmare 200 kiropraktorer, medan antalet var drygt 100 i Norge. Liksom i Sverige är det i princip tillåtet för envar att ta "sjuka i kur", men denna princip inskränks av regler som påminner om vår kvacksalverilag. Man har ändå inte fått den svenska utvecklingen med etablering av kiropraktorer som saknar ordentlig utbildning.

I båda länderna infördes i mitten av 1970-talet möjligheter för patienterna att få ersättning från allmänna sjukkassan vid kiropraktisk behandling. I Norge utgår ersättning för sex (i särskilda fall tio) behandlingar per patient och år, medan man i Danmark överenskommit om en uppdelning i ersättningsberättigade behandlingar resp. röntgenundersökningar (fem plus en) med möjlighet för patienterna att teckna tilläggsförsäkring.

År 1983 var ersättningsbeloppet per behandling 25 kr. i Norge och 30 kr. i Danmark (90 kr. för röntgenundersökning). Sjukförsäkringens totala utgifter för kiropraktorbesök var samma år i Norge drygt fyra mkr och i Danmark 26 mkr. Antalet ersatta behandlingar har under årens lopp ökat successivt till följd av nyetablering av kiropraktorer och fler patienter.

I båda länderna krävdes ursprungligen läkarremiss för ersättning. Eftersom en del läkare vägrade att remittera patienter till kiropraktorer avvecklades remisstvånget i Danmark år 1978. Förändringen har inte medfört känt missbruk av ersättningsreglerna och eftersom remissystemet inte heller fungerat bra i Norge har man även där nyligen föreslagit ett upphävande. Det norska förslaget innehåller dessutom en tidsbegränsad sjukskrivningsrätt för kiropraktorer.

Anslutningen till den allmänna sjukförsäkringen innebär att kiropraktorerna blivit en integrerad del av samhällets totala hälsoutbud och kan i viss mån ses som ett erkännande av dessa. Däremot har man varken i Norge eller i Danmark infört legitimation för kiropraktorer. Frågan är emellertid aktuell och alternativmedicinkommitténs expertgrupp har haft överläggningar med respektive myndigheter.

I Norge lades 1985 fram ett betänkande (NOU 1985:10) om auktorisation av kiropraktorer. Utredningen var inte enig. Majoritetsförslaget innebar att kiropraktorer skall kunna legitimeras såsom självständiga yrkesutövare efter viss kompletterande utbildning och praktisk tjänstgöring i Norge. Förslaget motiverades med:

- att kiropraktorerna gör betydande insatser för patienter med belastningssjukdomar
- att förhindra en utveckling som i Sverige med etablering av kiropraktorer med minimal utbildning
- att ge möjlighet till myndighetstillsyn av kiropraktorernas verksamhet
- att på sikt överbrygga motsättningarna mellan kiropraktorerna, å den ena sidan, och läkare/sjukgymnaster, å den andra sidan.

Förslaget har vid remissbehandlingen mottagits positivt av t.ex. allmänpraktiserande läkare, men också kritiserats starkt av bl.a. medicinska fakulteter och olika specialistföreningar. Inför propositionsarbetet pågår nu en överarbetning av Sosialdepartementet i samråd med Helsedirektoratet.

Auktorisation av kiropraktorer har tidigare varit föremål för utredning även i Danmark, men avvisades i början av 1970-talet när kiropraktorerna i stället anslöts till den allmänna sjukförsäkringen. Frågan har

dock aktualiserats flera gånger sedan dess och är för närvarande i centrum av debatten sedan patienter bildat en intresseförening som samlat in över 100 000 namnunderskrifter med krav på kiropraktorauktorisation. Indenrigsministeriet har uppmärksammat vissa rättsliga problem med anslutningen till sjukförsäkringssystemet och därför tagit upp diskussioner med Sundhedsstyrelsen och Dansk Kiropraktor-Forening inför ev. politiska beslut i nämnda frågor.

4.2 Övriga Europa

Drygt 1 100 kiropraktorer var år 1986 verksamma i Europa. Danmark är det "kiropraktortätaste" landet, medan det i Island liksom i Österrike samma år fanns bara en enda kiropraktormottagning. Storbritannien, Frankrike, Schweiz, Italien och Belgien har — liksom Danmark och Norge — fler kiropraktorer än Sverige.

I *England* ligger den enda hittills godkända utbildningsinstitutionen för kiropraktorer i Europa. De engelska myndigheterna har emellertid inte funnit skäl att erkänna eller eljest reglera kiropraktorernas yrkesutövning. Behandlingskostnaderna ersätts inte av offentliga medel. De legala förutsättningarna för yrkesverksamhet är ungefär desamma som i Sverige. I *Västtyskland* finns endast ett tiotal Dr's of Chiropractic och dessa får vara yrkesverksamma enligt samma förutsättningar som s.k. heilpraktiker.

I *Frankrike* har nyligen startats en femårig akademisk kiropraktorutbildning, som emellertid ännu inte godkänts av de styrande kiropraktiska undervisningsorganen. Lagstiftningen förbjuder andra än läkare eller särskilt auktoriserad sjukvårdspersonal att behandla patienter, men i praktiken är ändå ett stort antal kiropraktorer öppet yrkesverksamma. Situationen är likartad i *Belgien* och *Holland*. Detsamma gäller beträffande *Italien*, men här har de legala begränsningarna också medfört att många kiropraktorer sökt ett nära samarbete med ortopeder, röntgenläkare och sjukgymnaster inom ramen för gemensamma privata gruppmottagningar.

Schweiz är hittills det enda landet i Europa som infört legitimation för kiropraktorer. Patienternas behandlingskostnader ersätts genom sjukförsäkringssystemet enligt samma principer som vid läkarvård. I några kantoner medges kiropraktorer sjukskrivningsrätt. Reformen är nu drygt 20 år gammal.

För legitimation krävs examen från kiropraktisk högskola, som erkänns av de schweiziska hälsovårdsmyndigheterna, jämte två års assistenttjänstgöring hos en legitimerad kiropraktor i Schweiz. Parallellt härmed skall kiropraktorn genomgå en obligatorisk fortsättningskurs. När dessa båda kriterier är uppfyllda får han avlägga examensprov inför ett statligt råd, som består av ett lika antal läkare och kiropraktorer samt en jurist som ordförande. Legitimation är en förutsättning för att kiropraktorn skall få vara självständigt yrkesverksam.

I samband med alternativmedicinkommitténs studieresa till Tyskland och Schweiz i mars 1986 diskuterades erfarenheterna av kiropraktorer-

nas verksamhet med företrädare för centrala hälsovårdsmyndigheter i Schweiz. Kommittén fick då den uppfattningen, att kiropraktorerna ses som en problemfri och värdefull del i det totala sjukvårdsutbudet. Samarbetet mellan kiropraktorer och övriga grupper av sjukvårdspersonal tycks fungera smidigt. Behandlingsskador hade inte rapporterats och missbruk av socialförsäkringssystemet hade, såvitt känt, inte förekommit.

4.3 Övriga länder

Kiropraktiken har sina starkaste fästen i den engelskspråkiga delen av världen, i synnerhet i Nordamerika och i Australien/Nya Zeeland. I öststaterna och i många länder i Asien och Afrika finns över huvud taget inga verksamma kiropraktorer. Central- och Sydamerika som helhet har färre kiropraktorer än Sverige.

Alla stater i *USA* godkänner numera kiropraktorer som en självständig grupp sjukvårdspersonal, vilket medfört en expanderande etablering. År 1986 fanns omkring 35 000 yrkesutövande kiropraktorer. För att få vara verksam krävs licens, som i flertalet stater medges först efter godkända prov inför ett nationellt examensråd. Licensen skall förnyas efter ett visst antal år. Patienterna får normalt ersättning för behandlingskostnaderna på samma vilkor som vid läkarvård. Det gäller för såväl det federala sjukförsäkringssystemet som de flesta privata försäkringarna. Det finns ett tiotal godkända högskolor för kiropraktorutbildning och dessa utexaminerar årligen omkring 2 500 nya kiropraktorer.

Canada är efter USA det "kiropraktortätaste" landet (ca 3000 utövare). I nio av landets tio provinser är kiropraktorer erkända eller registrerade av det allmänna. Liksom i USA är förutsättningen för licens att kiropraktorn godkänns vid en offentlig examination. I hälften av provinserna ersätts patientens behandlingskostnader av offentliga medel. Utbildning anordnas sedan 1945 i Toronto.

I såväl *Australien* som i *Nya Zeeland* har införts legitimation för kiropraktorer efter utredning och förslag av statliga kommittéer (1977 resp. 1979). I båda länderna medges kiropraktorerna självständighet i yrkesutövningen och man tillämpar alltså inte krav på läkarremiss. Tidigare gällande regler som förhindrat samarbete mellan läkare och kiropraktorer har upphävts. Nu stimuleras i stället kiropraktorers tillträde till sjukhusen för klinisk utbildning och forskning. I samband med den förändrade inställningen till kiropraktiken har man i Australien, som enda land i världen, infört statlig kiropraktorutbildning vid sidan om en sedan tidigare etablerad privat kiropraktorskola. Nya Zeeland saknar däremot egna resurser för utbildning av kiropraktorer. Behandlingskostnaderna ersätts i Australien endast av de privata försäkringsbolagen, medan den allmänna sjukförsäkringen i Nya Zeeland täcker delar av kostnaderna vid remiss av läkare. Antalet kiropraktorer var (1986) i Australien ca 1 500 och i Nya Zeeland drygt 100.

5 Kiropraktorutbildningen

Manipulationsbehandling ingår varken i grundutbildningen för läkare eller sjukgymnaster. Manipulation kan dock förekomma som ett bland flera behandlingsalternativ inom ramen för den frivilliga kursverksamhet, som bedrivs gemensamt av Svensk Förening för Ortopedisk Medicin och Sektionen för Ortopedisk Medicin inom Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. Detta har redan berörts i kapitel 2, där även utbildningen vid Naprapathic School i Stockholm och de svenska kiropraktorkurserna beskrivits kortfattat. Någon svensk motsvarighet till den högskoleutbildning som leder fram till examinationstiteln Dr of Chiropractic finns inte.

5.1 Utbildningsanstalter

För medlemskap i Svenska Chiropraktorsällskapet krävs examen från godkänd kiropraktorhögskola. Sällskapet erkänner sådana utbildningsanstalter i USA och Canada, som godkänts av Council of Chiropractic Education (CCE) och ytterligare två skolor (Australien och England) med likvärdig utbildningsstandard.

CCE är en amerikansk samarbetsorganisation med uppgift att fastställa regler och riktlinjer för kiropraktorutbildningen samt att pröva och utöva tillsyn över utbildningsanstalter. CCE är verksamt på det amerikanska utbildningsdepartementets vägnar och kan alltså sägas vara ansvarig instans för kiropraktorutbildningen i USA. Prövningsförfarandet överensstämmer med vad som gäller för andra utbildningar och skolor i USA.

CCE-godkännande ger skolan tillträde till federala fonder för högre utbildning och medför rätt till förmånliga finansieringslån, t.ex. för utbyggnad och forskningsverksamhet. Godkännande är dessutom en förutsättning för att de studerande skall få federala studielån. Endast examen från de godkända högskolorna ger officiell behörighet som kiropraktor i USA och Canada.

CCE:s myndighetsliknande ställning har ansetts garantera neutrala bedömningar och har därför kommit att ligga till grund för myndigheters beslut även i andra länder. I t.ex. Schweiz har hittills krävts CCE-godkänd utbildning för legitimation som kiropraktor. Helt nyligen, i slutet av år 1986, har på initiativ av European Chiropractic Union

beslutats om bildandet av en europeisk motsvarighet till CCE — European Council of Chiropractic Education (ECCE). Avsikten är att detta organ genom en bred representation skall få en från kiropraktorskolorna fristående ställning.

Följande skolor i USA och Canada var år 1985 godkända av CCE:

Canadian Memorial Chiropractic College
Cleveland Chiropractic College
Life Chiropractic College
Logan College of Chiropractic
Los Angeles College of Chiropractic
National College of Chiropractic
New York Chiropractic College
Northwestern College of Chiropractic
Palmer College of Chiropractic
Texas Chiropractic College
Western States Chiropractic College.

European Chiropractic Union har sedan tidigare bedömt följande skolor utanför Nordamerika såsom likvärdiga med CCE-normerna:

Anglo-European College of Chiropractic, England
Philip Institute of Technology/School of Chiropractic, Australien.

5.2 Tillträde till utbildningen

Svenskar som vill påbörja kiropraktorutbildning måste ha samma skolbakgrund som vid antagning till läkarlinjen i Sverige, dvs. i princip gymnasieskolans naturvetenskapliga linje med bra betyg i matematik, fysik, kemi och biologi. Kiropraktorskolorna i USA kräver numera dessutom två års studier på universitetsnivå, helst i något naturvetenskapligt ämne. World Education Service, som är en oberoende organisation för granskning av utländska sökande till all amerikansk högskoleutbildning, gör en meritvärdering i varje enskilt fall. Universitetsstudier är däremot inte ett absolut intagningskrav vid den engelska kiropraktorskolan.

Kiropraktorstudier berättigar inte till statliga studielån i Sverige. Norska och danska studerande har dock samma lånemöjligheter som vid studier i hemlandet.

5.3 Kiropraktorutbildningens innehåll

Kiropraktorutbildningen är klart yrkesinriktad. Målet är enligt CCE:s regler (Educational Standards for Chiropractic Colleges), att ge kunskaper som förbereder för verksamheten att som självständig primärkontakt diagnostisera och behandla människor med framför allt muskel- och skelettsmärtor. Den utbildade kiropraktorn skall vidare, enligt utbildningsplanen, med ömsesidigt förtroende kunna konsulteras av och själv söka samarbete med annan sjukvårdspersonal. För den avsedda verk-

samheten krävs teoretiska och praktiska studier, som till innehåll och omfattning ger en ingående förståelse av såväl normala som onormala kroppsfunktioner.

De nyss uppräknade kiropraktorskolorna i Australien, Canada, England och USA anses alla ha likvärdiga studieordningar. Antalet bundna studietimmar är 4 000—5 000, vilket motsvarar 4—5 års studier på heltid. Utbildningen är, liksom läkarutbildningen i Sverige, indelad i ett inledande prekliniskt block (2,5 år) som följs av de kliniska ämnena.

Den prekliniska delen ägnas huvudsakligen åt teori i ämnena anatomi, fysiologi, patologi, biokemi och bakteriologi och avslutas i USA med National Board-examen. Denna examen kan överföras till andra universitet och andra vårdutbildningar. Den senare hälften av utbildningen är såväl teoretisk som praktisk och avser främst diagnostik (neurologi, ortopedi, allmänmedicin, laboratorie- och röntgenundersökningar) och kiropraktik (principer, undersökningsmetoder och behandlingstekniker). Studieresultatet kontrolleras med tentamen i resp. ämne.

Mot slutet av utbildningen får de studerande praktisera under handledning vid skolans klinik. I kliniktjänstgöringen ingår anamnesupptagning, klinisk undersökning, provtagning och bedömning av laboratoriesvar, röntgenundersökningar samt behandling av patienter. CCE har fastställt antalet patientbehandlingar som krävs för godkännande. Efter godkänd examination får de studerande titeln Doctor of Chiropractic (D.C).

5.4 Fortbildning

För legitimation som kiropraktor i Schweiz krävs utöver grundexamen även två års praktisk tjänstgöring i hemlandet. I USA krävs ett antal fortbildningskurser i samband med den föreskrivna förnyelsen av licensen. Svenska Chiropraktorsällskapet rekommenderar sina nyutexaminerade medlemmar, att före etableringen i Sverige tjänstgöra sex månader till ett år hos någon erfaren kollega som assistent.

Den europeiska kiropraktorunionen anordnar varje år olika symposier, som syftar till att vidmakthålla yrkesutövarnas kunskaper och förmedla nyheter inom fackområdet. Svenska Chiropraktorsällskapet står också värd för ett antal årliga fortbildningsdagar med inbjudna gästföreläsare.

5.5 Alternativmedicinkommitténs överväganden och förslag

Om man med kiropraktor menar detsamma som i andra länder — dvs. en person som är kunnig nog att fungera som primärkontakt för patienter som söker för problem i rörelseorganen, självständigt bedöma dessas vårdbehov och välja behandlingsinsatser — krävs gedigna teoretiska och praktiska kunskaper om såväl människokroppens funktion i normalt resp. sjukligt tillstånd som om diagnostik och behandling. Lynöe och

Bygren har i sin rapport (se kap. 3) påpekat att manipulationsbehandling inte är riskfri och att förebyggandet av komplikationer och identifikation av kontraindikationer kräver diagnostisk kompetens. Det ställs med andra ord så höga kunskapskrav att det direkt stått klart, att de kiropraktorutbildningar som för närvarande finns i Sverige inte håller måttet. Frågan för alternativmedicinkommittén har snarare varit om de utländska utbildningarna är tillräckliga och vad som kan göras för att bättre tillgodose svenskarnas behov av kvalificerad manipulationsbehandling.

5.5.1 Kiropraktorutbildningen som ett kriterium för legitimation

I de länder utanför USA som infört legitimation eller eljest offentligt accepterat kiropraktorer har man uppenbarligen gjort den bedömningen att utbildningen håller tillräckligt god kvalitet. Det har då varit CCE-kraven, som antagits som normerande. Den statliga utredningen i Norge, som genomförde egna studiebesök vid två av utbildningsanstalterna i USA, kom också till den slutsatsen (NOU 1985:10) att standarden på undervisningen kunde anses svara mot de uppställda utbildningsmålen. I Sverige har UHÄ i samråd med socialstyrelsen värderat och medgett tillgodoräknande av den prekliniska delen av kiropraktorutbildningen (två läsår) med anledning av enskilda ansökningar om tillträde till läkarlinjen.

Det kliniska stadiet är längre för läkarstuderande och här är också skillnaderna mellan de båda utbildningarna tydligare. Flera av ämnesområdena är visserligen gemensamma, men djupet och omfattningen är olika. Som kiropraktor läser man närmast orienteringskurser inom t.ex. medicin, kirurgi, farmakologi, psykiatri och socialmedicin och undervisningen är särskilt tillrättalagd för att lära kiropraktorn att utesluta sådant som inte är behandlingsbart med kiropraktisk teknik. Läkarnas utbildning i rörelseapparaten är annorlunda och dessa får inte heller någon utbildning i manipulationsbehandling.

Alternativmedicinkommittén anser att utbildningen måste tas som ett avgörande kriterium när statsmakterna skall ta ställning till kiropraktiken. Den värdering av kiropraktorutbildningen som gjorts internationellt och till viss del av UHÄ bedöms härvid vara tillfyllest. *Alternativmedicinkommittén föreslår* att de ovan i avsnitt 5.1 uppräknade utbildningarna kan antas som ett första villkor för ev. legitimation som kiropraktor i Sverige och att CCE-standard bör vara riktmärke om andra utländska kiropraktikutbildningar skulle aktualiseras i framtiden. Kommitténs ställningstagande kan komma att underlätta för svenska studerande vid de nämnda skolorna att i framtiden få statliga studiemedel.

Även om själva fackkunskaperna bedömts som överförbara och ändamålsenliga också vid verksamhet i Sverige, behövs en del kompletteringar beträffande sådant som är nationellt betingat. Praktisk tjänstgöring inom svensk sjukvård skulle troligen förbättra förutsättningarna för ett gott samarbete mellan kiropraktorer och läkare, sjukgymnaster m.fl. grupper av hälso- och sjukvårdspersonal och dessutom innebära en fördjupning av kiropraktorns kliniska skolkunskaper. Kännedom om

lagar och myndigheters föreskrifter, t.ex. om patientens rättigheter, vårdpersonalens ansvar, journalföring, sekretess m.m., är en förutsättning för verksamhet inom svensk hälso- och sjukvård. För utländska läkare och tandläkare anordnar socialstyrelsen genom socialmedicinska institutioner årligen flera kurser i svenska medicinalförfattningar.

Alternativmedicinkommittén föreslår som ett andra villkor för ev. legitimation, vilket för övrigt överensstämmer med det norska utredningsförslaget, praktisk tjänstgöring i Sverige och kunskaper om svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning. Det är vanskligt att redan här uttala sig om tilläggsutbildningens närmare innehåll, omfattning och förläggning. *Alternativmedicinkommittén* begränsar sig därför till att *rekommendera* tjänstgöring i sjukvården resp. på svensk kiropraktormottagning inom en total tidsram som motsvarar ett års handledd heltidstjänstgöring och *föreslår* att socialstyrelsen får i uppdrag att, i samarbete med bl.a. landstingsförbundet och Svenska Chiropraktorsällskapet, utarbeta och fastställa detaljerna beträffande tilläggsutbildningen. Syftet skall vara att ge kiropraktorn dels en allsidig inblick i den svenska hälso- och sjukvårdens organisation och arbetssätt, dels något djupare kunskaper om samarbetsparternas behandlingsprinciper, dels praktisk träning i det egna yrket. För kiropraktorer är det viktigt att kontinuerligt upprätthålla sina praktiska färdigheter, vilket talar för en ordning där sjukvårdstjänstgöringen varvas med tjänstgöringen som assistent hos en yrkesverksam kollega. Fördelningen inom och mellan dessa verksamhetsområden får avgöras av bl.a. tillgången på handledare och praktikplatser.

När det gäller kravet på författningskunskap är det möjligt att tvåveckorskursen för nordiska läkare kan utnyttjas helt eller delvis, men det är också tänkbart att kunskapskontroll kan genomföras på annat likvärdigt sätt. Dessa spörsmål bör också ingå i uppdraget till socialstyrelsen, liksom frågan om vilken teoretisk och praktisk utbildning som skall krävas om utländska — ej svenskspråkiga — kiropraktorer skulle vilja etablera sig i Sverige.

5.5.2 Manipulationsutbildning för svenskarnas behov

Alternativmedicinkommitténs undersökningar genom SCB av svenska folkets kontakter med och uppfattningar om alternativmedicinska behandlingar visar att kiropraktisk behandling är den i särklass vanligaste behandlingsformen. I genomsnitt 15 % av befolkningen har någon gång varit hos en kiropraktor, vilket utgör mer än hälften av alla som överhuvudtaget prövat på någon typ av alternativ behandling. Av dessa anser sig drygt 70 % ha blivit helt besvärsfria eller något bättre av behandlingen. Vid just rygg- och ledvärk föredrar majoriteten av de som har erfarenhet av alternativbehandling sådan i stället för den "vanliga" sjukvården, medan motsatt förhållande gäller vid så gott som alla andra sjukdomar och besvär. I bl.a. Norge har genomförts intervjuundersökningar med liknande eller t.o.m. ännu mer positiva resultat för kiropraktiken.

Manipulationstekniken tilldrar sig ett ökande intresse inom sjukvården, i synnerhet bland allmänläkare och sjukgymnaster. De av Svensk Förening för Ortopedisk Medicin anordnade kurserna för läkare räcker

inte till för alla intresserade. Sektionen för Ortopedisk Medicin inom LSR genomför nu en högre utbildning i ortopedisk medicin.

Vid de tillfällen under årens lopp som socialstyrelsen tagit ställning i kiropraktorfrågan, t.ex. i yttrandet år 1976 över ett inom Nordiska rådet väckt förslag om auktorisation m.m., har framhållits att i stället för att införa en ny yrkesgrupp kunde utbildningen av läkare m.fl. med speciell inriktning på rörelseorganens sjukdomar ökas liksom manipulation tas in i den reguljära vårdutbildningen. Några förändringar har emellertid hittills inte kommit till stånd, vilket kan vara en förklaring till att patienter i växande grad väljer behandlare utanför sjukvården. I Sverige finns endast ett fåtal läkare och sjukgymnaster som kan sägas verkligen behärska manipulationstekniken och antalet kiropraktorer, med den gedigna utbildning kommittén nyss förordat, är bara omkring 70.

Det har också ofta påtalats att kiropraktorutbildningen är utländsk och därför inte kan kontrolleras av svenska myndigheter, vilket ansetts tala emot legitimation för kiropraktorer. Denna principiella invändning är dock något svår att förstå med tanke på att en del utländska utbildningar till andra vårdyrken sedan många år accepterats som grund för socialstyrelsens beslut om legitimation, specialistkompetens eller annan behörighet att utöva yrke. Vidare kan nationella kontrollmyndigheter nu bli representerade i det nybildade europeiska övervakningsorganet för kiropraktorutbildning, vilket öppnar möjligheter till insyn och påverkan. En annan fråga är om vi i Sverige i längden verkligen kan förlita oss till amerikanska och engelska utbildningsanstalter för att tillgodose svenskarnas behov av manipulationsbehandling.

Alternativmedicinkommittén skall enligt direktiven se över möjligheterna att t.ex. genom utbildning tillgodogöra samhällets hälso- och sjukvård det bästa från den alternativmedicinska sektorn. *Alternativmedicinkommittén anser* att det behövs någon sorts kvalificerad manipulationsutbildning som skall kunna komma en större krets patienter till del. Ett tänkbart alternativ är att ta upp diskussioner med våra närmaste grannländer om etablering av en statlig kiropraktorhögskola som ett samnordiskt projekt. En annan möjlighet är en ordentlig påbyggnadsutbildning för grundutbildade sjukgymnaster. Även kurserna för läkare i manipulationsbehandling bör bli föremål för diskussioner, liksom ev. kombinationer mellan de nämnda alternativen. *Alternativmedicinkommittén återkommer* till denna och andra utbildningsfrågor i huvudbetänkandet.

6 Kiropraktorverksamheten

I Sverige tycks skillnaderna mellan olika kiropraktorer vara större än i de flesta andra länder. De moderna välutbildade kiropraktorerna begränsar sig till behandlingen av funktionella sjukdomar i rörelseorganen. Andra kiropraktorer arbetar mer som alternativmedicinska helhetsterapeuter och ger manipulationstekniken ett bredare användningsområde. Skillnaderna har redan berörts i kapitel 2, där alternativmedicinkommittén även redogjort för den terminologi som används i detta delbetänkande.

För att undvika missförstånd måste man alltså redan från början göra klart för sig vilken av de båda grenarna som avses. Redogörelsen nedan gäller Dr's of Chiropractic's sätt att arbeta. Kommittén återkommer, som tidigare förutskickats, till de övriga kiropraktorerna, osteopaterna och naprapaterna i huvudbetänkandet.

6.1 Kiropraktorns arbetssätt

Ryggraden är kiropraktorns huvudsakliga arbetsfält. Enligt en norsk studie (Magnesen, Sosial Trygd 1986 nr. 2), som säkert är representativ även för svenska förhållanden, har majoriteten av kiropraktorpatienterna (ca 60 %) besvär från ländryggen eller bäckenet, t.ex. ryggskott, molande ryggvärk, ischias och domningar i benen. Omkring 25 % av patienterna har problem som kan hänföras till halsryggen, t.ex. nackbesvär med eller utan smärtutstrålning i armen, nackspärr och huvudvärk. Besvär från bröstryggen, t.ex. skulder- eller bröstkorgssmärtor, är minst vanliga (ca 5 %), medan återstoden utgörs av patienter som har flera av ovannämnda besvär samtidigt eller som söker av andra anledningar.

När man ser till den grundläggande metodiken vid omhändertagandet av patienten finns många paralleller mellan kiropraktorer och läkare. Bägge arbetar enligt den traditionella logiska ordningsföljden:

- sjukdomshistorien (anamnesupptagning)
- undersökning (status)
- bedömning
- behandling
- uppföljning.

Kiropraktorer har av tradition varit entydigt terapeutiskt inriktade, men har under senare år fått ett ökat intresse för den sjukdomsförebyggande

delen av arbetet. Många kiropraktorer lägger systematiskt in såväl muntlig som skriftlig information under patientbesöket.

6.1.1 Diagnostiken

Den inledande undersökningen avser i första hand att utröna om patienten över huvud taget är kiropraktiskt behandlingsbar och tar därför i anspråk en förhållandevis stor del av konsultationen. Patienten utfrågas först noggrant om tidigare och nuvarande sjukdomar, ev. föregående kontakter med sjukvården, läkares diagnoser, behandlingar osv. Anamnesen anses allmänt bland kiropraktorer vara mycket viktig.

Kroppsundersökningen är såväl allmän som kiropraktisk. I den allmänna undersökningen kan ingå blodtrycksmätning, auskultation av hjärta och lungor m.m. Dessutom utförs relevanta ortopediska och neurologiska undersökningsmoment.

Den fortsatta undersökningen avser att utröna om det föreligger någon funktionsrubbning i en eller flera leder, ledband, muskler eller muskelfästen, som kan sättas i samband med patientens besvär. Funktionsanalysen är både statisk och dynamisk. Patientens hållning inspekteras vid lodlinje för att klarlägga t.ex. bäckenrotation, skolios, svankförändringar och kutning. Vid inspektion under rörelse kontrolleras rörelsesymmetrin. Funktionsstörningar i enskilda leder liksom smärta och spänning i mjukvävnaderna lokaliseras genom palpation.

Anamnesen och kroppsundersökningen kompletteras ibland med röntgen- och laboratorieundersökningar. Avsikten är då primärt att utesluta kontraindikationer mot behandling och första i andra hand att få ytterligare information till hjälp i behandlingsarbetet. I dessa fall hänvisas patienten till sjukhus och privata laboratorier. Rutinerna varierar beroende på lokala förhållanden och personliga kontakter. En del röntgenavdelningar skickar remissvar på vanligt sätt direkt till kiropraktorn, men det förekommer också att patienten tvingas argumentera för att få ut själva röntgenbilden och sedan personligen ta med sig denna till kiropraktorn.

6.1.2 Behandlingsarbetet

Själva manipulationsgreppet uppfattas av många som spektakulärt och har därför kommit att stå i fokus för all uppmärksamhet. Detta är dock inte den enda behandlingsmetoden inom den moderna kiropraktiken. Kiropraktorerna arbetar också på att ytterligare bredda och individualisera terapin.

En vanlig behandling brukar inledas med mobilisering (se kap.2) och värmebehandling med avsikten att mjuka upp patientens muskler och få honom att slappna av. Därefter utförs — med händerna — den typiska manipulationen, som beroende på indikation anpassas genom riktning, kraft och djup. När så är lämpligt behandlas även mjukdelarna med t.ex. massage och manuell töjning. Ytterligare exempel på terapeutiska åtgärder, som kan aktualiseras i särskilda fall, är tejpning, sträck-, ultraljud- och värme- eller kylbehandling. Instruktion om användandet av olika

hjälpmedel, t.ex. halskrage, bälte, korsett och skoinlägg kan även förekomma.

Behandlingen avslutas ofta med patientsamtal om besvärens orsak och förlopp. Ibland ges kostråd. För att förhindra återfall brukar patienten få enkla föreskrifter att beakta hemma och på arbetet. Många kiropraktorer delar ut tryckt information med träningsprogram, motions- och ergonomiska råd.

Ryggforskningen har påvisat, att ju snabbare patienten återupptar sina normala dagliga aktiviteter desto bättre är prognosen för normalisering även på lång sikt. Behandlingen bör med andra ord sättas in så tidigt som möjligt. Väntetiden för att få komma till en kiropraktor brukar i de flesta fall inte vara mer än några dagar till en vecka.

Kiropraktorpatienter har beskrivit hur de kommit "dubbelvikta" till mottagningen och gått ut helt återställda. Sådan dramatisk förbättring efter en enda behandling är ändå undantag och kiropraktorerna själva menar, att det normalt krävs tre eller fyra återbesök. Det anses vara god kiropraktorpraxis att avbryta behandlingsschemat om positiv effekt inte kan noteras efter ca fem behandlingstillfällen, eftersom överbehandling gör mer skada än nytta. Patienter med svåra, oftast kroniska, ryggsmärtor får dock vanligen ett något större antal behandlingar. Ofta bestäms ett återbesök för kontroll och uppföljning ca sex veckor efter behandlingsomgångens slut. Enligt en dansk undersökning (Brønfort, Ugeskrift for Laeger 1985;147) får kiropraktorpatienter med ländryggsbesvär i genomsnitt 5,5 behandlingar under loppet av en månad och 8,9 behandlingar på årsbasis.

6.2 Indikationer och kontraindikationer för behandling

Huvudindikationen för kiropraktisk behandling torde kunna beskrivas som påvisandet av en lokaliserad rörelseinskränkning någonstans i kotpelaren eller i en perifer led förenad med en smärta, som med rimlig sannolikhet kan antas ha samband med rörelseinskränkningen.

Patientens symtom, undersökningsfynden och funktionsanalysen är grunderna för kiropraktorns bedömning. Diagnostiken har emellertid inte bara som mål att komma fram till rätt behandlingsindikation. Minst lika viktigt är att uppdaga och utesluta sådana sjukdomar som kiropraktorn saknar kompetens att behandla och som han måste hänvisa till läkare.

Nedan förtecknade tillstånd anses utgöra absoluta kontraindikationer mot manipulationsbehandling:

- manifest diskbråck
- sjukdomstillstånd i vertebralartärerna
- misstanke om primär eller sekundär tumör
- reumatisk sjukdom i halskotpelaren
- färska frakturer och kvarstående mekanisk instabilitet efter skador
- infektiös spondylit

- torticollis (nackspärr) efter övre luftvägsinfektion hos barn och unga
- uttalad benskörhet.

Ytterligare ett antal faktorer kan, beroende på omständigheterna i det enskilda fallet, bli betraktade som invändningar mot behandling, t.ex. mekanisk instabilitet av medfödd eller degenerativ typ, psykisk sjukdom m.m.

6.3 Alternativmedicinkommitténs överväganden och förslag

Attitydundersökningar visar att allmänheten uppskattar kiropraktorernas arbete och behandlingsresultat, något som alternativmedicinkommittén lägger stor vikt vid. Från vetenskapliga utgångspunkter (jmf. kap. 3) kan åtminstone påstås att manipulationsbehandling ger minst lika god symtomlindring som konventionell behandling och att det är sannolikt att vissa patienter uppnår snabbare smärtlindring med denna terapi. *Alternativmedicinkommittén anser* mot bakgrund härav att Dr's of Chiropractic bör betraktas som en kompletterande specialresurs för människor med ryggsjukdomar. Vid ett inordnande av dessa i den etablerade hälso- och sjukvården krävs dock klargöranden i några avseenden, bl.a. förändras ju de legala förutsättningarna för yrkesutövningen. Dessa frågor berörs nedan.

6.3.1 Definition av kiropraktikens verksamhetsområde

Tidigare har konstaterats att kiropraktiken närmat sig skolmedicinens teorier. Dr's of Chiropractic's praktiska arbete liknar också mycket den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens, vilket kan ses som ytterligare ett tecken på den utveckling som skett. Man kan nog allmänt hävda att dessa kiropraktorer har en genomtänkt inställning till sin yrkesroll. De påstår inte att de är framgångsrika med alla patienter utan medger att kompetensen sätter gränser där andra grupper inom sjukvården är bättre skickade att ta hand om patienten.

I kapitel 2 har beskrivits skillnaderna mellan olika utövare av manuell behandling och de olika skolorna för yrkesutövningen som förekommer. Dr's of Chiropractic har med åren renodlat sin verksamhet till uteslutande behandlingen av vissa funktionsproblem i rörelseapparaten. Det är en utveckling som i allt väsentligt innebär en anslutning till den ortopediska medicinen och som överbryggat många av de tidigare meningsmotsättningarna med läkarna. Klargöranden på denna punkten har också gjort det möjligt att komma fram till en gemensam uppfattning om hur verksamhetsområdet skall beskrivas. *Alternativmedicinkommittén föreslår* följande definition av kiropraktik:

"Kiropraktik omfattar diagnostik, behandling och förebyggande av funktionsrubbningar och smärttillstånd i rörelseorganen. Den kiropraktiska behandlingen sker med särskilda handgrepp, som vid behov kompletteras med annan fysikalisk behandling".

6.3.2 Riskerna vid manipulationsbehandling

All medicinsk verksamhet kan medföra skador eller biverkningar för patienterna. Det gäller även kiropraktiken. I detta fall kan främst aktualiseras fysiska skador, uppkomna som en direkt behandlingskomplikation, och indirekta skador, genom att annan mer effektiv behandling försenas. I Lynöes och Bygrens rapport (*bilaga 3*) redovisas några exempel på allvarliga komplikationer som beskrivits i litteraturen.

Medicinsk riskbedömning är ofta svår och alltid maktpåliggande. Det måste därför sägas direkt: det finns inget som tyder på att kiropraktorernas verksamhet i allmänhet skulle vara mer riskabel för patienterna eller att faran för skador skulle vara större här än eljest inom sjukvården. Lynöe och Bygren har allmänt bedömt manipulationsbehandling som säker om den utförs under betryggande förhållanden, t.ex. vad gäller den diagnostiska kompetensen. Internationellt tycks man också ha den uppfattningen att skadefrekvensen är mycket låg. Hälsovårdsmyndigheterna i Schweiz och Danmark har t.ex. vid överläggningar med alternativmedicinkommittén framhållit kiropraktiken som ofarlig.

De skador som trots allt rapporterats har främst tillkommit vid manipulation av halskotpelaren. Vid just den typen av behandling är riskerna större för allvarliga neurologiska komplikationer (i värsta fall invaliditet eller död) samtidigt som behandlingsindikationerna av flera läkare inte bedöms tillräckligt motivera risktagandet. Den norska utredningen (NOU 1985:10) aktualiserade och diskuterade denna fråga, men kunde inte ena sig kring en gemensam riskbedömning. Majoriteten, som hänvisade till att den mest kända skadan tillkommit med en läkare som behandlare, ansåg att kiropraktorutbildningen tillräckligt uppmärksammar ifrågavarande faror. De båda läkarrepresentanterna reserverade sig och framhöll att behandling med handgrepp i halskotpelaren inte borde få användas. Inom alternativmedicinkommitténs expertgrupp har gjorts litteraturstudier, som talar för att skaderisken vid nackbehandling är större än man tidigare räknat med. Lynöe och Bygren tycks komma till samma slutsats i sin rapport.

Riskerna får inte negligeras. *Alternativmedicinkommittén anser* emellertid *inte* att uppgifterna är av den karaktären att det krävs omedelbara beslut utan förordar att frågan ytterligare studeras under medverkan av sakkunniga. Härvid måste givetvis beaktas att människor av principiella skäl kan vilja ha en medicinfri terapi och att många prövat de vanliga behandlingarna men anser sig först ha blivit hjälpta av kiropraktorn. *Enligt alternativmedicinkommitténs mening* skulle därför ett generellt förbud för den här typen av manipulationsbehandling i dagsläget vara att gå för långt.

Behandlingsmetoden används inte bara av kiropraktorer utan även av läkare och sjukgymnaster. Det synes därför angeläget med generella rekommendationer om skadeförebyggande åtgärder, förutsättningarna för behandling, rapportering av skador osv. *Alternativmedicinkommittén föreslår* att socialstyrelsen ges uppdraget att utfärda erforderliga föreskrifter eller allmänna råd härom. Om kiropraktorerna tas in under socialstyrelsens tillsyn uppnås den fördelen att samma föreskrifter blir gällande även för dessa.

Det har hävdats att kiropraktorernas verksamhet kan hindra patienter från att i tid komma under vård som de bättre behöver, vilket skulle kunna få allvarliga konsekvenser. Dessa farhågor bedömmer dock kommittén som något överdrivna, bl.a. eftersom en stor del av kiropraktorernas patienter antingen hänvisats av läkare — 32—43 % enligt norsk försäkringsstatistik — eller tidigare besökt läkare för samma problem. Ett utvidgat samarbete mellan kiropraktorer och övrig hälso- och sjukvårdspersonal borde ytterligare undanröja dessa risker. Kommitténs tidigare framförda förslag om krav på praktisk tjänstgöring inom hälso- och sjukvården syftar bl.a. till att få till stånd ett bättre samarbete.

6.3.3 Användning av röntgen

I kiropraktorutbildningen ingår röntgendiagnostik som en ganska tung del och utomlands är det huvudregel att kiropraktorer förfogar över egen röntgenutrustning, vilket tyvärr på många håll medfört användning av slentrian. Till följd av kvacksalverilagens bestämmelser har emellertid svenska kiropraktorer varit förhindrade att tillämpa radiologiska metoder. Om kiropraktorerna skulle bli legitimerade i Sverige undanröjs den rättsliga grunden för detta röntgenförbud. Tillsynslagen, som då skulle gälla i stället, ger å andra sidan samhällsorganen betydligt större möjligheter till insyn, styrning och korrigering.

Utvecklingen inom röntgendiagnostiken går mot specialisering, användning av allt lägre stråldoser till patienterna och ett förstärkt tekniskt strålskydd. Dessutom görs mycket för att minska antalet "onödiga" undersökningar och för att få fram helt nya tekniker och metoder som ger samma eller bättre diagnostiska underlag. Eftersom hälso- och sjukvårdens diagnostiska radiologi utgör det största artificiella bidraget (exkl. radon) till kollektivdosen i samhället har nyligen föreslagits av strålskyddsutredningen (Ny strålskyddslag, SOU 1985:58) att statens strålskyddsinstitut (SSI) även fortsättningsvis skall värna om patientskyddet inom ramen för en samlad och övergripande bedömning av strålningseffekter från olika källor. Ett viktigt legalt instrument är då tillståndsgivningen. För att få inneha och använda röntgenapparat kommer liksom hittills att krävas SSI:s tillstånd.

I avsaknaden av egen utrustning har de svenska kiropraktorerna fått förlita sig till sjukhusens röntgenavdelningar. Som tidigare sagts har detta inte alltid fungerat särskilt väl, även om samarbetet blivit bättre under senare år. Bättre röntgenrutiner är därför ett vanligt önskemål bland kiropraktorer. Förbudet har emellertid haft det goda med sig att kiropraktorerna i vårt land tvingats att utveckla sina övriga diagnostiska färdigheter. Härigenom har antalet exponeringar hållits nere och patienterna bara utsatts för strålning när så verkligen bedömts nödvändigt efter överväganden i det enskilda fallet.

Alternativmedicinkommittén konstaterar att kvacksalverilagens förbud medverkat till en sund utveckling, som ligger helt i linje med samhällets strävanden på strålskyddsområdet och som därför inte nu bör brytas. Även medicinska skäl talar för en fortsatt restriktivet, eftersom de vanligast förekommande differentialdiagnostiska frågeställningarna kräver

kvalificerade expertbedömningar. För kiropraktorerna är tillgång till röntgen inte primärt en fråga om rätten att inneha egen apparatur, utan egentligen mer ett allmänt intresse av att få stöd i behandlingsarbetet när så behövs.

Alternativmedicinkommittén ser röntgenfrågan främst som ett praktiskt samarbetsproblem och *föreslår* att hälso- och sjukvårdshuvudmännen vidtar åtgärder, t.ex. genom avtal angående röntgenremisser, för att få till stånd smidigare rutiner för sjukhusens service till kiropraktorer. Om samarbetet inte förbättras på några år kan krävas nya ställningstaganden såväl vad gäller strålskyddsaspekterna i allmänhet som kraven på utövarnas radiologiska kompetens. Kommittén räknar dock med att landstingen kommer att lösa de praktiska problemen, så att frågan om en ev. ytterligare spridning av röntgenresurserna över huvud taget inte behöver aktualiseras.

6.3.4 Behandling av barn

Kiropraktisk behandling av barn i alla åldrar är vanligtvis tillåtet i andra länder, men i praktiken ändå ganska ovanligt. Den i Sverige tillåtna barnbehandlingen, dvs. av barn som är åtta år eller äldre, utgör också en mycket ringa del av de välutbildade kiropraktorernas verksamhet här. I många fall har konsultationen initierats av föräldrar, som inte riktigt känt till kiropraktikens begränsningar. Däremot är ungdomar i övre tonåren en något vanligare patientgrupp. Det synes således främst vara av principiella skäl som förbudet att behandla de små barnen kritiserats av dessa kiropraktorer.

Alternativmedicinkommittén känner till att svenska föräldrar till rörelsehindrade barn i förskoleåldern (främst CP-skadade barn) reser till Danmark för att barnen skall få, vad de anser vara, nödvändig kiropraktisk behandling. Det är fråga om regelrätta behandlingsresor en gång i månaden, som organiseras av en nyligen bildad riksförening för kiropraktik av barn. Ett huvudmål för denna förening är att få tillgång till kvalificerade kiropraktorer inom landets gränser eftersom resandet i längden blir alltför dyrt.

Med den av alternativmedicinkommittén nyss antagna definitionen av kiropraktik, som överensstämmer med vad de välutbildade kiropraktorerna själva redan tillämpar, kommer kiropraktisk behandling av barn att förbli en undantagsföreteelse. De få konsultationer som trots allt kan aktualiseras hänvisas oftast direkt till rätt vårdinstans. Såvitt kommittén kan bedöma har kiropraktorerna på det hela taget inte något väsentligt att tillföra inom detta område. *Alternativmedicinkommittén anser* dock att ett fortsatt totalförbud för behandling av barn är onödigt och lägger härvid särskild vikt vid att detta skulle bli principiellt stötande, eftersom motsvarande begränsning inte förekommer för andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. *Alternativmedicinkommittén anser* att regelsystemet om disciplinansvar och de ökade kontrollmöjligheterna för socialstyrelsen, som införs om kiropraktorerna accepteras som hälso- och sjukvårdspersonal, ger tillräckliga garantier i sammanhanget.

När det gäller sjukvård för små barn finns redan goda expertresurser

hos landstingen — på sjukhusens barnkliniker och inom barnhälsovården. Manipulationsbehandling av CP-skadade barn, som önskas av Riksföreningen för kiropraktik av barn, synes på den nuvarande kunskapsnivån inte kunna motiveras, vilket också de kiropraktorer som förträder den moderna skolan anser. Legitimation för kiropraktorer enligt de principer som dragits upp här skulle därför inte innebära någon lösning på föräldrarnas önskemål.

7 Legitimation

Riksdagen har vid återkommande tillfällen behandlat motioner om legitimation för kiropraktorer och ett offentligt erkännande av kiropraktiken är ett vanligt önskemål bland svenskar. Bakgrunden har beskrivits ovan i kapitel 3.

En eventuell legitimation av kiropraktorer inrymmer flera delfrågor. Till att börja med måste man ta ställning till förutsättningarna för en sådan reglering och till villkoren för erhållande av legitimation. Vidare uppkommer spörsmålet om legitimationens rättverkningar för de legitimerade resp. icke-legitimerade kiropraktorerna.

7.1 Den rättsliga bakgrunden

I Sverige gäller fri etableringsrätt och näringsfrihet. Denna princip har dock vissa begränsningar när det gäller hälso- och sjukvården. Dessa anges i lagen om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, s.k. kvacksalverilagen, och i lagen om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m, s.k. behörighetslagen. Kvacksalverilagen tar sikte på lekmäns verksamhet på området, medan behörighetslagen avser hälso- och sjukvårdspersonal för vilka gäller särskilda krav på kompetens för yrket.

Kvacksalverilagen (1960:409) innehåller förbud för personer som utövar verksamhet med stöd av lagen att behandla vissa smittsamma sjukdomar, cancer och andra elakartade svulster, sockersjuka, epilepsi samt sjukdomar i samband med havandeskap och förlossning. Vidare är undersökning eller behandling av barn, som inte fyllt åtta år, och rådgivning per korrespondens utan personlig undersökning förbjuden. Utprovning eller tillhandahållande av kontaktlinser har också förbjudits.

Vidare förbehålls vissa undersöknings- och behandlingsmetoder hälso- och sjukvårdspersonalen. Det gäller allmän bedövning, lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel, hypnos samt radiologiska metoder. Ambulerande verksamhet och verksamhet av den som inte är svensk medborgare förbjuds.

Den som vid verksamhet med stöd av kvacksalverilagen uppsåtligen eller av oaktsamhet orsakar någon skada som inte är ringa, eller framkallar fara för sådan skada, döms för hälsofarligt kvacksalveri till böter eller fängelse. Straffbestämmelsen gäller vare sig skadan eller faran

orsakats av olämplig behandling eller genom avbrott i läkarvård eller dröjsmål med sådan vård. Det befriar inte från ansvar, att kvacksalvaren på grund av bristande utbildning eller erfarenhet inte kunnat inse sjukdomens natur eller förutse skadan eller faran.

Behörighetslagen (1984:542) och *behörighetsförordningen* (1984:545) innehåller bl.a. bestämmelser om legitimation. Denna lagstiftning är bara ett par år gammal och avser alltså hälso- och sjukvårdspersonal för vilka gäller särskilda krav på kompetens för yrket. Bestämmelserna innebär bl.a. att vissa yrkesutövare ges en faktisk ensamrätt att utöva yrke inom hälso- och sjukvården. Vidare ges ett straffrättsligt skydd för vissa yrkestitlar och yrkesbeteckningar.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är underkastad samhällets tillsyn enligt lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl., s.k. *tillsynslagen* (1980:11). Hit räknas (1§) följande:

1. personal vid sjukhus och andra inrättningar för vård av patienter som drivs av det allmänna eller av enskilda med bidrag från det allmänna eller efter särskilt tillstånd,
2. den som i annat fall i egenskap av legitimerad yrkesutövare meddelar vård åt patienter eller tillhör personal som biträder en sådan yrkesutövare i vården,
3. personal inom sådan detaljhandel med läkemedel för vilken gäller särskilda föreskrifter,
4. andra grupper av yrkesutövare inom hälso- och sjukvården som skall omfattas av lagen enligt föreskrift av regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, av socialstyrelsen.

Tillsynen gäller oberoende av om yrkesutövaren är anställd hos stat, kommun eller enskild eller är verksam som fri yrkesutövare. Socialstyrelsen har rätt att inspektera personalens verksamhet och kan begära handlingar eller upplysningar, som behövs för tillsynen. Av tillsynsfunktionen följer också att hälso- och sjukvårdspersonalen måste följa de föreskrifter som socialstyrelsen meddelar för yrkesutövningen.

Om den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen uppsåtligen eller av oaktsamhet åsidosätter vad som åligger honom i hans yrkesutövning och felet inte är ringa, får disciplinpåföljd i form av erinran och varning åläggas honom. Förutom dessa påföljder finns, med avseende på de legitimerade yrkesutövarna, möjligheten till återkallelse av legitimationen. Dessa frågor prövas av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) efter anmälan av patienten själv, nära anhörig till denne, socialstyrelsen eller, i vissa fall JO och JK. Det disciplinära förfarandet kan sägas kompletteras av en anmälningsskyldighet när patienter drabbats av eller utsatts för risk för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vården. Denna framgår av förordningen (1982:772) om skyldighet för landstingskommuner att anmäla till socialstyrelsen vissa skador och sjukdomar som inträffat i hälso- och sjukvården (s.k. Lex Maria- anmälan).

7.1.1 Kriterier för legitimation

I 3 § hälso- och sjukvårdslagen slås fast att hälso- och sjukvården skall vara av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet i

vården och behandlingen. Detta innebär bl.a. att det skall finnas personal med adekvat utbildning, som ger en betryggande medicinsk kompetens. Härvid spelar legitimationsbestämmelserna en avgörande roll när det gäller några nyckelgrupper och kompletteras i den offentliga hälso- och sjukvården av landstingens ansvar för att all dess personal har det kunnande som behövs för arbetet.

I förarbetena till behörighetslagen (prop. 1983/84:179, sid 12) sägs följande om legitimationsinstitutet:

"Legitimationens huvudfunktion är att vara en garanti för en viss kunskapsnivå och för sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denne är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende. Det förhållandet att legitimationen vid behov kan dras in har i detta sammanhang en central betydelse. Dessutom fyller legitimationen ett väsentligt informationsbehov *dels* gentemot allmänheten, som behöver en lättfattlig "varudeklaration" av olika yrkesutövares kvalifikationer, *dels* gentemot statliga och kommunala myndigheter som måste kunna lita på yrkesutövarna t.ex. ifråga om recept och intyg och *dels* gentemot sjukvårdshuvudmännen för att undvika att personer anställs som visat sig vara uppenbart olämpliga att utöva yrket".

I propositionen görs också uttalanden om vilka kriterier som bör gälla för att nya yrkesgrupper skall komma ifråga för legitimation. Härom uttalas att:

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

En följd av hälso- och sjukvårdslagens grundläggande kvalitets- och säkerhetskrav är att det för införande av bestämmelser om legitimation för en ny yrkesgrupp bör krävas att gruppen byggt upp ett förtroende samt vunnit ett visst mått av kliniskt och vetenskapligt erkännande. Eftersom man även utomlands vanligen tillämpar någon form av legitimationsförfarande kan också allmänt fordras att ett beslut i vårt land inte avviker alltför mycket från internationell praxis.

För närvarande finns föreskrifter om legitimation för följande grupper:

- barnmorskor
- glasögonoptiker
- logopeder
- läkare
- psykologer
- psykoterapeuter
- sjukgymnaster
- sjuksköterskor
- tandläkare.

7.1.2 Behörighetskrav

Legitimationen är således statens garanti för att yrkesutövaren har de kvalifikationer som krävs för yrket. Till legitimationen har knutits rättsverkningar, som för några grupper bl.a. innebär ensamrätt att utöva det aktuella yrket. Det gäller för barnmorskor, läkare och tandläkare.

En liknande ensamrätt, som emellertid grundas på andra kompetensbevis, har apotekare, receptarier, tandhygienister och vissa tandsköterskor. I propositionen till behörighetslagen sägs, att den här typen av yrkesmonopol bör begränsas till områden där det förekommer en inte obetydlig enskild verksamhet och där dessutom riskerna för patienterna är betydande.

En annan rättsverkan är att legitimationen kan utgöra behörighetskrav i samband med tillsättning av tjänster. Dessa fall regleras i förordningen (1982:771) om behörighet till vissa tjänster inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster. Legitimation som behörighetskrav omfattar enligt dessa bestämmelser läkare, barnmorskor, sjukgymnaster och sjuksköterskor.

Slutligen kan legitimation också vara en förutsättning för rätten att utföra vissa bestämda arbetsuppgifter. Dessa fall regleras i olika författningar eller i föreskrifter av socialstyrelsen. Det kan t.ex. gälla utfärdande av vårdintyg enligt LSPV m.m.

7.1.3 Skyddet för yrkestitel och yrkesbeteckning

Förutom ensamrätt att utöva visst yrke kan också finnas skyddsbestämmelser för vissa yrkestitlar eller yrkesbeteckningar.

I behörighetslagen ges ett straffrättsligt skydd för yrkestitlarna barnmorska, läkare och tandläkare. Bakgrunden är att personer med otillräcklig utbildning försökt ge sken av sådan kompetens genom att använda titlarna utan att tydligt ange ursprunget. Vanligtvis har det då gällt oriktig användning av läkar- eller doktorstiteln.

För hälso- och sjukvårdspersonal som saknar detta titelskydd har i stället införts skydd för uppgiften att yrkesutövaren är legitimerad, som också är straffsanktionerat. Skyddet för yrkesbeteckning — legitimerad sjukgymnast, legitimerad sjuksköterska osv. — hör naturligtvis också samman med legitimationens syfte att ge korrekt information till allmänheten om yrkesutövarens kompetens.

7.2 Alternativmedicinkommitténs överväganden och förslag

Frågan om legitimation i Sverige av Dr's of Chiropractic har diskuterats i åtminstone ett par decennier. På medicinalansvarskommitténs förslag fick socialstyrelsen år 1980 i uppdrag att utarbeta en projektplan och sedermera att genomföra en försöksverksamhet med dessa kiropraktorer inom den offentliga vården. Detta projekt har ännu inte kommit till stånd och skulle om det trots allt genomfördes, troligtvis ändå inte ge

några entydiga resultat (se kap. 3). Alternativmedicinkommittén har därför kommit till den slutsatsen att legitimationsfrågan lämpligen kan avgöras fristående från planerna på utvärderingsprojektet.

Under den senaste tioårsperioden har legitimation av Dr's of Chiropractic införts i bl.a. Australien och Nya Zeeland. I Norge har en statlig utredning nyligen lagt fram förslag om legitimation, som för närvarande bereds för statsmakternas beslut. Frågan diskuteras även i Danmark.

7.2.1 Förutsättningarna för legitimation

Denna grupp kiropraktorer har således successivt fått ett ökat internationellt erkännande. Samtidigt kan noteras att den moderna kiropraktiken närmat sig skolmedicinens teorier. De högskoleutbildade kiropraktorerna i Sverige har också renodlat sin verksamhet till behandlingen av funktionella sjukdomar i rörelseorganen, vilket möjliggjort ett ökande samarbete med hälso- och sjukvårdspersonalen. Delvis som en följd härav men troligen mer på grund av behandlingsresultaten har ett ökande antal läkare och sjukgymnaster också börjat utbilda sig i manuell behandling. Sammantaget visar utvecklingen under 1980-talet på förändringar såväl inom kiropraktiken som inom den etablerade hälso- och sjukvården i riktning mot större förståelse och samförstånd.

Alternativmedicinkommittén anser, vilket också direktiven ger uttryck för, att patienternas erfarenheter och önskemål måste ges ett starkare sjukvårdspolitiskt genomslag än hittills. Kommitténs undersökningar av svenska folkets kontakter med och uppfattningar om alternativmedicinska behandlingar visar att kiropraktik generellt är den i särklass vanligaste behandlingsformen och att drygt 70 % av patienterna är nöjda med behandlingsresultaten.

Kiropraktorer har hittills formellt betraktats som kvacksalvare. De legala möjligheter som funnits att t.ex. med stöd av tillsynslagen inordna dessa under samhällets tillsyn, har inte utnyttjats. *Alternativmedicinkommittén föreslår* mot bakgrund av patienternas behov och säkerhet, att det nu införs legitimation som hälso- och sjukvårdspersonal av vissa kiropraktorer. Kommittén har i det här betänkandet begränsat sig till gruppen Dr's of Chiropractic, vilkas utbildning och kliniska verksamhet befunnits vara av så kvalificerad art att det är motiverat med det samhällserkännande som legitimationen innebär. Vidare är dessa kiropraktorer verksamma som fria yrkesutövare och har en självständig yrkesfunktion med ett stort ansvar för patienternas säkerhet i vården, vilket innebär att de väl uppfyller de rättsliga kriterierna för legitimation. Sist men inte minst skulle en legitimation i det här fallet innebära en välbehövlig varudeklaration, i första hand till patienternas vägledning, men också gentemot de landsting som i framtiden kan komma att vilja anställa eller eljest anlita personer med kvalificerade kunskaper i manipulationsbehandling.

Huruvida t.ex. naprapater och osteopater också bör komma ifråga för legitimation är ännu en öppen fråga, som kommittén avser att studera noggrant i det fortsatta arbetet. Kommittén vill i detta sammanhang erinra om tankarna på en svensk eller nordisk utbildning i manipula-

tionsterapi (se kap. 5) — en annan fråga som kommittén avser att vidareutveckla i huvudbetänkandet.

7.2.2 Villkoren för och innebörden av legitimationen

Alternativmedicinkommittén föreslår en övergångsordning som innebär att kiropraktorer med godkänd utbildning som varit yrkesverksamma här i landet under minst ett års tid, skall få legitimation efter anmälan hos socialstyrelsen. Bakgrunden är bl.a. de initiala problemen att ordna praktikplatser för alla. Villkoren för legitimation skall *enligt kommitténs förslag* annars vara, förutom godkänd teoretisk utbildning, kunskaper i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning och praktisk tjänstgöring i enlighet med vad som beskrivits utförligare i kapitel 5. Med denna formella och praktiska kompetens konstitueras en rätt för kiropraktorn att vara självständigt yrkesverksam inom hälso- och sjukvården med ett eget yrkesansvar. De närmare detaljerna beträffande tilläggsutbildningen i Sverige bör, som kommittén redan uttalat, utarbetas av socialstyrelsen.

Enligt 3 § behörighetslagen är det socialstyrelsen som prövar frågor om meddelande av legitimation för hälso- och sjukvårdspersonal. Detsamma bör följaktligen gälla beträffande de kiropraktorer som inte omfattas av den nyss nämnda övergångsordningen. Handläggningen torde i detta fall avse kontroll av att sökanden dels har erhållit utbildningsbevis från godkänd utbildningsanstalt, dels har inhämtat de författningskunskaper och fullgjort den praktiska tjänstgöring som kommer att föreskrivas. Därtill krävs en prövning av att det inte föreligger några sådana omständigheter som skulle kunna utgöra grund för återkallelse av legitimationen.

För barnmorskor, läkare och tandläkare medför legitimationen en faktisk ensamrätt att utöva yrket. *Alternativmedicinkommittén anser inte* att det bör införas motsvarande ensamrätt för legitimerade kiropraktorer, eftersom det skulle kunna uppfattas som att övriga grupper av hälso- och sjukvårdspersonal utestängdes från manipulationsbehandling och att det infördes näringsförbud för de kiropraktorer, som inte kommer att omfattas av legitimationsreglerna. Den senare frågan är för övrigt principiell och berör samordningen av behörighetslagstiftningen och kvacksalverilagen, som kommittén får anledning att återkomma till i slutbetänkandet.

Ett av huvudmotiven för kommitténs förslag om legitimation av kiropraktorer är att allmänheten och sjukvårdshuvudmännen behöver få bättre information om yrkesutövarens kvalifikationer, eftersom kiropraktiken i Sverige karaktäriseras av särskilt stora skillnader mellan de olika utövarna. *Alternativmedicinkommittén föreslår* därför — på sätt som redan gäller för vissa grupper hälso- och sjukvårdspersonal — att yrkesbeteckningen "legitimerad kiropraktor" skyddas straffrättsligt.

Legitimationen skall enligt kommitténs mening medföra samma allmänna åligganden som övriga legitimerade yrkesgrupper har. Det innebär bl.a. att samhället får en större insyn i dessa kiropraktorers verksamhet genom socialstyrelsens tillsynsarbete. Det innebär också ett bättre rättsskydd för patienterna, bl.a. genom att tillsynslagens bestämmelser

om disciplinansvar och tystnadsplikt görs tillämpliga. Dessutom åläggs den legitimerade kiropraktorn en upplysningsplikt gentemot patienten och blir skyldig att så långt det är möjligt utforma och genomföra vården i samråd med denne. Av patientjournallagen, som också blir tillämplig, följer vidare en skyldighet att föra journal och att utfärda intyg på patientens begäran. En annan konsekvens av legitimationen är att kiropraktorn måste arbeta inom ramen för den definition av kiropraktik som kommittén fastställt ovan (se kap. 6).

8 Ersättning genom allmänna försäkringen

Det är ett vanligt önskemål bland människor som uppsöker alternativmedicinska behandlare, att de skall få kostnaderna ersatta av försäkringskassan på samma villkor som vid vård i den etablerade hälso- och sjukvården. Denna fråga skall enligt direktiven analyseras i hela sin vidd av alternativmedicinkommittén. När det gäller kiropraktisk behandling har ersättningskraven oftast framförts parallellt med kraven på legitimation. Att dessa båda frågor hör nära samman eller gjorts beroende av varandra avspeglas också i riksdagens motioner och utskottsutlåtanden (se kap. 3). Alternativmedicinkommittén ser det som en naturlig konsekvens av legitimationsförslaget att här också ta upp försäkringsfrågorna.

Ett eventuellt inordnande av kiropraktorerna i sjukförsäkringssystemet aktualiserar följdfrågor om bl.a. anslutningsformen. I detta sammanhang bör lämpligen också diskuteras sjukskrivningsförfarandet. Svenska Chiropraktorsällskapet har föreslagit en sorts partiell sjukskrivningsrätt, innebärande att kiropraktorn skall ges möjlighet att utfärda sjukintyg under en begränsad tid, som motsvarar vad en normal behandlingsserie brukar kräva.

8.1 Sjukförsäkringssystemet

Fr.o.m. 1985 infördes ett i grunden förändrat system för ersättning från den allmänna sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen. Det innebar en övergång från prestationsbundna ersättningar till en samlad ersättning per invånare. Det nya systemet innebar också en samordning med försäkringens ersättningar till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. Detta görs genom att den försäkringsersättning som dessa fått närmast föregående år avräknas i samband med utbetalningen till sjukvårdshuvudmannen.

Den överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen som låg till grund för de nya ersättningsreglerna innehöll även åtgärder för att öka möjligheterna till samverkan mellan den offentliga sjukvården och de privata vårdgivarna. Bl.a. infördes nya regler för privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters anslutning till sjukförsäkringen. En senare överenskommelse har medfört ytterligare förenklingar av ersättningssystemet. Dessa frågor regleras i lagen (1962:381) om allmän försäkring och i förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt nämnda lag.

Enligt bestämmelserna får landstingen ta ut avgifter av patienterna, som för år 1986 maximerats per besök till 50 kr för läkarvård och 25 kr för sjukvårdande behandling av annan än läkare. För hembesök och telefonrådgivning gäller särskilda belopp. Avgiften för läkarvård innefattar röntgen- eller laboratorieundersökningar och strålbehandlingar efter remiss samt det första läkarbesöket som sker med anledning av remiss. Vidare föreskrivs att ingen avgift får tas ut av en patient som remitterats från privatpraktiserande läkare som är ansluten till försäkringen, förutsatt att patienten har betalat avgift vid besöket hos den remitterande läkaren.

För patienter som behöver många behandlingar har införts ett högkostnadsskydd, som också omfattar läkemedelskostnader. Detta innebär att kostnadsbefrielse inträder under ett år när patienten betalat läkarbesök eller köpt läkemedel vid sammanlagt minst 15 tillfällen. Härvid räknas sjukvårdande behandling hos annan än läkare till hälften.

8.1.1 Anslutning av privatpraktiker till sjukförsäkringen

För att en försäkringskassa skall kunna ansluta en privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast till sjukförsäkringen krävs att sjukvårdshuvudmannen tillstyrker detta. Denna tillstyrkan förutsätts normalt ske genom att samverkansavtal träffas, vilket motiveras av önskemålen om en samplanering mellan de offentliga och privata vårdgivarna. Ett annat skäl är att landstingen, som nyss sagts, får avräkning på sina ersättningar för den privata vården och därför behöver ha en ekonomisk överblick av hela vårdutbudet. Hittills gäller försöksvis fri anslutning inom vissa regionala stödområden för privatpraktiker med heltidsverksamhet. Även ersättningsetablering har tillsvidare medfört rätt att vara ansluten till försäkringssystemet. Däremot medges inte s.k. fritidspraktiker direktanslutning till försäkringskassan. Härmed avses läkare och sjukgymnaster som bedriver praktik vid sidan av en heltidsanställning hos sjukvårdshuvudman. Ersättningen till fritidspraktikerna ses i stället som en angelägenhet mellan dessa och resp. sjukvårdshuvudman.

8.1.2 Behandlingstaxor

För vård och behandling av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster — anslutna till sjukförsäkringen — gäller särskilda taxor, som fastställts av regeringen efter förslag från riksförsäkringsverket. I taxorna, som brukar justeras varje år, anges högsta arvodesnivå för olika åtgärder och även högsta patientavgift. I särskilda av riksförsäkringsverket utfärdade följdförfattningar specificeras och grupperas olika vårdåtgärder.

Läkarvårdstaxan (1974:699) kan således sägas utgöra en debiteringslista över de olika åtgärder som läkare i öppen vård normalt skall kunna vidta. Förutom att läkaren skall hänföra sina åtgärder till en av sex grupper skall respektive åtgärd hänföras till någon av de tre latituderna enkel, normal eller svår. Därutöver innehåller taxan arvodes- och ersättningsbelopp för olika abort- och steriliseringsåtgärder, preventivmedelsrådgivningar, laboratorieprover, telefonrådgivning, hembesök och re-

sor. För varje konsultation skall läkaren skriva en räkning, som senare månadsvis sänds in till försäkringskassan tillsammans med en samlingsräkning.

I detta sammanhang kan nämnas att manipulation av rygg eller leder upptagits i förteckningen (RFFS 1982:8) över särskilt krävande undersökningar eller behandlingar med åtgärdsnumret 4—37. Läkare med specialistkompetens i allmänmedicin eller kirurgi får tillämpa åtgärden mot förhöjt arvode om de genomgått adekvat fortbildning i ryggdiagnostik och manipulationsbehandling.

Taxan för sjukvårdande behandling (1976:1018) innebär att sjukgymnasten vid debiteringen skall hänföra sina åtgärder till någon av tre grupper beroende på hur pass omfattande och tidskrävande behandlingen är. För behandling i grupp 3, som innebär det högsta arvodet, gäller särskilda förutsättningar. Härutöver innehåller taxan arvodes- och ersättningsbelopp för telefonrådgivning, hembesök, apparatbehandling, resor och särskilt tidskrävande behandlingar. För varje behandlingsserie skall sjukgymnasten skriva minst en räkning. Räkningarna sänds även i detta fall in månadsvis till försäkringskassan tillsammmans med en samlingsräkning.

8.1.3 Sjukintyg

En förutsättning för rätt till sjukpenning är att arbetsförmågan på grund av sjukdom nedsatts till minst hälften. Om man är sjuk högst sju dagar räcker det normalt att själv fylla i blanketten "Försäkran för sjukpenning". Senast fr.o.m. sjunde dagen efter anmälningsdagen krävs dock läkarintyg. Under vissa förhållanden kan försäkringskassan kräva läkarintyg redan från insjuknandedagen.

När sjukperioden är längre än en vecka skall alltså alltid sjukdomen verifieras genom intyg av läkare. I sjukintyget antecknas diagnosen, föreskrifter till patienten, remisser till undersökningar eller behandlingar m.m. Avslutningsvis skall läkaren ange sin bedömning om hel eller halv arbetsförmåga föreligger samt anteckna om patienten anmodats att återkomma.

Riksförsäkringsverket har enligt kungörelse (RFFS 1979:16) om kontroll i sjukförsäkrings- och föräldraförsäkringsärenden möjlighet att medge undantag från gällande bestämmelser om sjukintyg. Försöksverksamhet med förlängd läkarintygsfri tid pågår i Västerbottens län. I Jämtlands län genomförs försök med rätt för sjuksköterskor, främst distriktssköterskor, att utfärda sjukintyg upp t.o.m. den 14:de sjukdagen.

8.2 Alternativmedicinkommitténs överväganden och förslag

Inom ramen för det omfattande utredningsarbetet Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS-90) har genomförts studier av svenska folkets behov, efterfrågan och utnyttjande av sjukvård. Enligt HS-90-rapporten har rörelseorganens sjukdomar stor omfattning. Både om man mäter i antal

förtidspensionerade och i antal sjukskrivningsdagar, utgör dessa vår största sjukdomsgrupp. Särskilt ländryggbesvär väger tungt i statistiken. Uppskattningsvis 10—15 % av alla sjukfrånvarodagar är hänförliga till sådana besvär och man räknar med att över 100 000 svenskar är förtidspensionerade på grund härav. Ont i ryggen kan alltså sägas utgöra en folksjukdom i Sverige och förbättringar av omhändertagandet är därför välmotiverade av såväl humanitära som samhällsekonomiska skäl.

Att det finns ett samband mellan högre utbildning och större benägenhet att söka vård i allmänhet är väl dokumenterat genom ett flertal studier. Det gäller uppenbart också i fråga om kiropraktisk behandling, men i detta fall tycks dessutom föreligga en samvariation mellan utnyttjandet och inkomsten. Människor med monotona och fysiskt belastande yrken har fler sjukskrivningsdagar för ryggbesvär än övriga och borde följaktligen vara överrepresenterade i kiropraktorernas besöksstatistik. Detta synes emellertid inte vara fallet enligt samstämmiga uppgifter från Svenska Chiropraktorsällskapet och en norsk undersökning av 1 000 kiropraktorpatienter i Tromsö. En näraliggande förklaring skulle kunna vara, att just denna gruppen har de lägsta inkomsterna och därmed de största svårigheterna att klara av behandlingskostnaderna.

Alternativmedicinkommittén anser, som tidigare framhållits, att kiropraktorerna skall ses som en kompletterande specialresurs för människor med ryggsjukdomar och därmed utgör ett terapeutiskt tillskott till den svenska hälso- och sjukvården. Det gäller framför allt för primärvården, som brottas med en viss osäkerhet i omhändertagandet av ryggpatienterna, bl.a. beroende på väntetider vid remisser till ryggskola, sjukgymnastik och ortopedisk konsultation. Hittills har över huvud taget genomförts få kostnads-nyttoanalyser beträffande medicinska metoder och inte heller manipulationsbehandling har såvitt känt studerats från hälsoekonomisk synpunkt. Erfarenhetsmässigt vet man ändå att kiropraktorpatienter får en särskilt snabb och aktiv behandling och att de brukar återgå tidigare i arbete. Den s.k. korttidseffekten är också vetenskapligt belagd genom olika studier. *Alternativmedicinkommittén förutser* därför att ett samarbete mellan allmänläkare, sjukgymnaster och kiropraktorer inte bara skulle kunna innebära vinster för den stora gruppen människor med ryggproblem, utan möjligen även medföra samhällsekonomiska besparingar genom kortare sjukskrivningstider och lägre läkemedelsutgifter. För kommittén är det också en social rättvisefråga att rätta till skevheter i vårdutnyttjandet, som orsakats av höga behandlingsutgifter för patienterna.

Alternativmedicinkommittén föreslår av nämnda skäl — liksom redan skett i bl.a. Norge och Danmark — att den aktuella gruppen kiropraktorer inordnas i sjukförsäkringssystemet i Sverige. Enligt norska uppgifter utför varje kiropraktor i genomsnitt c:a 4 700 behandlingar per år och man räknar med att drygt 1 000 av dessa avser nybesök. Med utgångspunkt från dessa antaganden skulle det årliga antalet kiropraktiska nybesök i Sverige för närvarande vara totalt omkring 70 000, vilket kan relateras till ca 300 000 nybesök för samma patientkategori hos allmänläkare på landets vårdcentraler. Det är således en inte oväsentlig resursförstärkning för samhällets ryggsjukvård, som dessutom för närvarande

har vissa köproblem. En stor grupp patienter låter sig behandlas parallellt av allmän- eller specialistläkare och av en kiropraktor, varför man vidare bör kunna räkna med en viss avlastning för de förstnämnda och ett bättre resursutnyttjande totalt sett.

8.2.1 Anslutningsformen

De legitimerade kiropraktorerna kan inordnas i sjukförsäkringssystemet på två sätt: genom anslutning som privatpraktiker hos försäkringskassan eller genom upprättande av vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen. Det förstnämnda förutsätter normalt landstingets tillstyrkan och skulle kräva särskilda taxebestämmelser.

Alternativmedicinkommittén förordar upprättande av vårdavtal och räknar med att det kommer till stånd förhandlingar lokalt mellan landstingen och de kiropraktorer, som är verksamma inom sjukvårdsområdet samt att t.ex. landstingsförbundet centralt utarbetar normalavtal som underlag för dessa. Om det skulle visa sig att denna vägen för anslutning inte är framkomlig kan statsmakterna senare också överväga taxemodellen.

Alternativmedicinkommittén har tidigare förklarat att kiropraktorernas differentialdiagnostiska kunskaper gör dem fullt skickade, att arbeta självständigt med ett eget medicinskt yrkesansvar. Det är också innebörden av legitimationsförslaget. Om läkarremiss skulle behövas av administrativa eller försäkringsmässiga skäl får detta regleras i vårdavtalet, men kommittén anser således bindande remisskrav i princip onödiga. Det är en annan sak att ett ömsesidigt remissförfarande i praktiken ändå kommer att bli en vanlig samarbetsform för läkare och kiropraktorer.

Enligt gällande ersättningsregler betalar sjukförsäkringen årligen ut ett samlat belopp till sjukvårdshuvudmännen. Det är sedan varje landsting som avgör hur man vill fördela pengarna, såväl mellan egen verksamhet och privata vårdgivare som inom dessa potter. Det kommer också att gälla vid en integrering av kiropraktorer och *alternativmedicinkommittén föreslår inte* någon utökning av den totala ramen.

Alternativmedicinkommittén anser, som framgått ovan, det möjligt att den föreslagna anslutningen kan medföra en del besparingar både för den allmänna försäkringen och för sjukvårdshuvudmännen. Vilka belopp det i så fall blir fråga om kan emellertid svårligen preciseras. Kommittén får i denna fråga hänvisa till den försöksverksamhet med vårdprogram för patienter med lumbala smärttillstånd, som genomförts i samarbete mellan Spri och Göteborgs sjukvårdsförvaltning (Spri rapport 188, 1985). I denna undersökning redovisas ekonomiska beräkningar, som tyder på stora potentiella besparingsmöjligheter vid ett effektivare omhändertagande av ryggpatienterna. Dessa beräkningar kan enligt kommitténs mening vara till viss vägledning också vid en förstärkning med kiropraktorer.

8.2.2 Sjukskrivningsfrågan

Som nämnts inledningsvis har Svenska Chiropraktorsällskapet föreslagit att kiropraktorer skall få rätt att utfärda sjukintyg för sina patienter

under tiden för behandlingen. En behandlingsserie omfattar normalt två till fyra veckor beroende på besvärens varaktighet och svårighetsgrad. Rätten att utfärda sjukintyg skulle således kunna tidsbegränsas till att som mest omfatta en månad för varje patient. Idén har hämtats från det norska utredningsförslaget (NOU 1985:10) och har där motiverats med att kiropraktorn är den person som har kontinuerlig kontakt med patienten och därmed har bäst förutsättningar att bedöma sjukdomsbilden och behovet av sjukskrivning.

Utfärdande av sjukintyg synes kräva försäkringsmedicinska kunskaper som kiropraktorerna inte har idag. Förslaget förutsätter därför kompletterande utbildning, t.ex. kurser liknande de som anordnas av försäkringskassorna för AT-läkare. Viss tilläggsutbildning i Sverige skall utgöra en förutsättning för legitimation enligt vad alternativmedicinkommittén redan föreslagit. Det vore alltså tänkbart att utvidga utbildningskraven så att också den försäkringsmedicinska delen direkt kan inrymmas.

Alternativmedicinkommittén anser att Svenska Chiropraktorsällskapets förslag är intressant, men *bedömer* att tiden inte är mogen för detta. Parallellen med det norska förslaget haltar, eftersom kiropraktorerna där redan verkat inom ramen för den allmänna sjukkassan i tio års tid. Som alltid vid införandet av nya reformer får man räkna med en del problem innan arbetsrutiner m.m. har hunnit att stabilisera sig. Redan legitimation och inordnande i ersättningssystemet innebär en stor omställning för kiropraktorerna. Även för hälso- och sjukvården och dess personal blir det delvis nya förutsättningar. I en sådan situation bör, *enligt alternativmedicinkommitténs mening*, ansträngningarna i första hand inriktas mot att skapa förtroende mellan de berörda yrkesgrupperna så att ett gott samarbete kan komma till stånd. Sjukskrivning genom kiropraktorer skulle då kunna få motsatt effekt genom att man tar bort ett av de dagliga incitamenten till kontakt med läkarna.

Riksförsäkringsverket har de senaste budgetåren erhållit särskilda medel för att finansiera utvecklingsprojekt hos försäkringskassorna. För närvarande pågår försök bl.a. med förlängd intygsfri tid och intygsutfärdande av andra än läkare. *Alternativmedicinkommittén anser* det befogat att avvakta resultaten av dessa försök. Det finns också möjlighet att om några år pröva Svenska Chiropraktorsällskapets idé i ett ordentligt projekt. *Alternativmedicinkommittén föreslår* således *inte* någon omedelbar ändring av gällande regler om sjukintyg.

9 Konsekvenser

Alternativmedicinkommittén föreslår i detta delbetänkande att vissa kiropraktorer — gruppen Dr's of Chiropractic — skall kunna få legitimation och anslutas till sjukförsäkringssystemet i Sverige. Förslaget medför nya förutsättningar för patienterna, kiropraktorerna, hälso- och sjukvårdens huvudmän och för socialstyrelsen. Kommittén har härvid beaktat att förslagen skall kunna genomföras inom ramen för oförändrade eller minskade resurser för berörda parter.

Alternativmedicinkommittén har tagit patienternas intressen till utgångspunkt för arbetet. Det är omtanke om dessas situation och önskemål som ligger bakom förslagen.

Ont i ryggen kan sägas vara en folksjukdom i Sverige. Av en undersökning som SCB genomfört för alternativmedicinkommitténs räkning framgår, att kiropraktik är den i särklass vanligaste alternativmedicinska behandlingsformen, att patienterna genomgående är mycket nöjda med kiropraktorernas behandlingsresultat och att de tillfrågade hellre väljer att uppsöka en kiropraktor än den vanliga sjukvården när de får rygg- eller ledvärk. Att det är fråga om en verksamhet som möter ett ökat förtroende bekräftas av alla kontakter som kommittén haft under arbetets gång — inte bara med människor ute i samhället utan även med personal inom hälso- och sjukvården. Å andra sidan tycks också finnas en utbredd okunnighet om t.ex. kiropraktikens begränsningar.

Mot denna bakgrund har det framstått som viktigt för alternativmedicinkommittén att undanröja olika hinder vid patienternas behandlingsval, men också att lyfta fram kvalitets- och säkerhetsaspekter på verksamheten. Vidare har kommittén bedömt åtgärder som kan förbättra samarbetet mellan främst kiropraktorer, läkare och sjukgymnaster som särskilt angelägna ur patienternas synvinkel.

Manipulationsbehandling är inte riskfri, men bedöms som säker om den utförs under betryggande förhållanden, t.ex. vad gäller den diagnostiska kompetensen. Alternativmedicinkommittén har funnit att gruppen Dr's of Chiropractic — utbildnings- och yrkesmässigt — intar en särställning, som gör att de kan rekommenderas de människor med ryggproblem, som vill ha en aktiv behandling. Skaderisken vid manipulation av halskotpelaren motiverar att just denna typen av behandling kringgärdas med särskilda regler till skydd för patienterna.

Alternativmedicinkommitténs förslag om legitimation för Dr's of Chiropractic innebär att dessa kiropraktorer jämställs med andra legitime-

rade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, såväl vad gäller ansvar som åligganden. Det blir en trygghet för patienterna och kommer på olika sätt att underlätta för dessa att få tillgång till kvalificerad manipulationsbehandling. Bl.a. kan förväntas att landstingen blir intresserade av att anställa dessa kiropraktorer på sjukhus eller vårdcentraler. För kiropraktorerna själva innebär förslaget ett erkännande av verksamheten, som de strävat efter i många år. En annan sida av saken är att de nu kommer att föras in under samhällets tillsyn, vilket bl.a. medför att de måste följa de föreskrifter som socialstyrelsen meddelar för yrkesutövningen. Myndighetstillsynen har ju också som mål att säkra en god och säker vård för patienterna.

Som en ytterligare garanti för att yrkesutövaren har de kvalifikationer som krävs för yrket, föreslås att yrkesbeteckningen "legitimerad kiropraktor" får ett straffsanktionerat skydd. Det blir främst en sorts varudeklaration till patienternas vägledning, men också en information till hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

Ett annat förslag som syftar till att garantera patienterna en god vård, är att kiropraktorn skall genomgå en tilläggsutbildning i Sverige för att få legitimation. I denna skall bl.a. ingå praktisk tjänstgöring inom sjukvården. Avsikten med detta förslag är också att lägga grunden för ett kommande gott samarbete mellan kiropraktorerna och andra grupper av hälso- och sjukvårdspersonal. Ett förbättrat samarbete skulle kanske mer än något annat gagna patienternas intressen och har därför fått avgöra flera av kommitténs ställningstaganden. Önskemålet om samarbete ställer också krav på hälso- och sjukvårdshuvudmännen, t.ex. när det gäller sjukhusens röntgenservice till kiropraktorer.

För patienterna är naturligtvis även ekonomin viktig. Förslaget att kiropraktorerna skall kunna anslutas till sjukförsäkringssystemet syftar till att hålla nere patienternas behandlingsutgifter och därmed undanröja de ekonomiska hindren för ett fritt behandlingsval. Anslutningen föreslås ske genom vårdavtal med landstingen, vilket skall kunna genomföras inom ramen för oförändrade ersättningar från sjukförsäkringen. För hälso- och sjukvårdshuvudmännen innebär förslaget att de kan tillgodogöra sig en resursförstärkning, genom anställning eller anlitande av kiropraktorer på annat sätt, inom ett verksamhetsområde som för närvarande har vissa köproblem och samtidigt möjligen uppnå en del besparingar.

För socialstyrelsen innebär kommitténs förslag ett visst följdarbete, som emellertid till största delen är av engångsnatur. Det gäller utfärdande av föreskrifter och allmänna råd i några frågor i samband med att reformen träder i kraft. Initialt får man också räkna med en ansamling av ansökningar om legitimation, men dessa skall enligt kommitténs förslag handläggas i ett förenklat förfarande. I det löpande arbetet kommer sedan legitimationsärendena att bli ganska få — kanske ett tiotal om året. Tillsynsarbetet kan rimligen inte heller bli särskilt betungande om man ser till antalet kiropraktorer.

Att det blir fråga om en mindre administrativ merbelastning för socialstyrelsen står ändå klart. När nu utvärderingsprojektet inte blir genomfört kan en del av dessa medel i stället tas i anspråk för t.ex. tillfällig

anställning av person som kan handlägga kiropraktorfrågorna. *Alternativmedicinkommittén avser* att återkomma i huvudbetänkandet med förslag om hur de särskilda projektmedlen i övrigt kan användas.

Särskilt yttrande

av Anders Gernandt och Blenda Littmarck

Undertecknade instämmer i alternativmedicinkommitténs förslag att legitimera Dr's of Chiropractic. Vi anser att den utredning som redovisas är väl genomförd och att betänkandet är informativt och välformulerat. Vi har också deltagit i beslutet att kiropraktiken borde behandlas i ett särskilt delbetänkande, bl.a. beroende på den tidigare handläggningen av denna fråga i riksdagen, men beklagar ändå att betänkandet inte har kunnat omfatta hela fackområdet av manuella terapier såsom naprapati och osteopati. Efter den diskussion som fördes i kommittén har vi emellertid funnit att det råder enighet om att dessa terapier skall ges samma ingående utredning som kiropraktiken och därigenom få en likvärdig bedömning vad gäller utbildningskvalitet, praktik, allmän samhällsnytta m.m. och med detta låter vi oss nöja.

av Viking Falk

Jag kan som sakkunnig i alternativmedicinkommittén inte ansluta mig till kommitténs förslag om legitimering av yrkesgruppen Dr's of Chiropractic och om dess inordnande i sjukförsäkringssystemet. Som skäl härför vill jag anföra följande.

Enligt direktiven för utredningen bör den enskilde vårdsökanden ges frihet att välja erbjudna behandlingsformer och behandlingsmetoder. Det är ostridigt att det i samhället finns en stor grupp människor, som anser sig ha behov av just kiropraktisk behandling. I Sverige finns ca. 400 — 500 behandlare, som kallar sig kiropraktorer. Dessutom utövas manipulationsbehandling av en del läkare (organiserade i Svensk Förening för Ortopedisk Medicin) och sjukgymnaster. Kommittén föreslår legitimering av en mycket begränsad grupp kiropraktorer, nämligen de med examen som "Dr of Chiropractic", vilken torde utgöra omkring 50 — 60 personer yrkesverksamma i landet.

Är då den verksamhet som utövas av Dr's of Chiropractics av den betydelsen att den tillför hälso- och sjukvården något av värde? Vid bedömning av deras verksamhet utgår jag från följande krav i kommittédirektiven.

1. Garantier måste skapas för att rätt diagnos blir ställd
2. De använda metoderna får inte vara hälsovådliga
3. Kommittén bör ange de hälsomässiga värdena av metoden såväl i förebyggande, behandlande som rehabiliterande perspektiv
4. Metoderna bör vara av värde inom den etablerade hälso- och sjukvården
5. Kommittén bör överväga lämpliga former för att informera myndigheter och allmänhet härom.

1. Garantier att rätt diagnos blir ställd. Enligt min uppfattning tar kommittén alltför lätt på de risker för patienterna, som är förknippade med kiropraktorernas diagnostiska verksamhet. Jag vill först peka på att allvarliga sjukdomar exempelvis tumörsjukdomar kan försummas. Visserligen ingår i utbildningen studier av medicinska/kirurgiska och andra sjukdomar av differentialdiagnostisk betydelse, men det har inte visats att denna är tillräcklig för att ställa en i vedertagen medicinsk mening säker diagnos. Dessutom blir man inte övertygad om att kiropraktorerna i sin verksamhet får tillräcklig träning för att kunna exempelvis fastställa och från sin behandling utesluta fall med sådana allvarliga tillstånd, som kräver annan behandling. Även om man har tillräcklig kunskap från den grundutbildning man fått krävs också att man genom praktisk verksamhet ständigt och fortlöpande tillförs ny erfarenhet. Det bör kanske observeras att psykiatri och socialmedicin knappast alls berörs i kiropraktikerutbildningen.

2. De använda metoderna får inte vara hälsovådliga. Kommittén har påpekat att det finns risker, speciellt då det gäller manipulation av halsryggraden. Dessa är större än man tidigare observerat, då de kan resultera i svår invaliditet och t.o.m. död. Denna risk är i verkligheten av en storleksordning, som inte skulle accepteras vid behandling med läkemedel. Liksom vid all medicinsk behandling måste man också i kiropraktikerverksamheten mot möjligheterna av biverkningar eller andra komplikationer väga dels vinsterna med behandling och dels nackdelarna med att underlåta behandling. Man har emellertid inte kunnat visa någon sådan vinst med manipulation av halsryggrad och heller inte några risker med att underlåta behandling. De sakkunniga läkare som anlitats av arbetsgruppen har också velat förbjuda denna typ av behandling eftersom denna risk är väl utredd.

3 och 4. De hälsomässiga värdena av metoden och dess betydelse för den etablerade hälso- och sjukvården. De hälsomässiga konsekvenserna av manipulationsbehandling kan i dag inte avgöras. Behandlingsmetoden användes nu också inom den etablerade medicinen. Det förefaller dock som om man i många fall kan få en momentan effekt "patienterna kommer dubbelvikta till mottagningen och går ut helt återställda". Däremot har man aldrig kunnat påvisa någon bestående effekt på kroniska smärttillstånd. Manipulationsbehandling bör dock inte avvisas utan tvärtom bli föremål för utvärdering och forskning. Som påpekats i betänkandet har man försökt att vid vissa sjukhus i samverkan med kiropraktorer utvärdera denna behandlingsform, men misslyckats. Att

manipulationsbehandling finns inom den etablerade medicinen och bör bli föremål för ytterligare forskning och utvärdering är emellertid som jag ser det inget skäl för att legitimera kiropraktorer.

5. *Information till myndigheter och allmänhet.* Inom hälso- och sjukvården arbetar företrädare för ett stort antal olika yrkesgrupper. Endast nio av dem tillhör för närvarande kretsen legitimerade yrkesgrupper. I proposition 1983/84:179 om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. uttalade föredragande statsrådet att bestämmelser om legitimering för ytterligare yrken inom hälso- och sjukvården enligt hennes mening kunde komma ifråga bara för yrkesgrupper, som har en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patientens säkerhet i vården. Särskild vikt borde tillmätas det förhållandet, att en grupp i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten som t.ex. fria yrkesutövare. I den ovannämnda propositionen framhålls också att legitimeringen är att betrakta som en samhällsgaranti för bl.a. den legitimerades kunskapsnivå och att denne därmed kan på ett kvalitets- och säkerhetsmässigt tillfredsställande sätt utöva sitt yrke.

Kommittén betonar speciellt värdet av legitimering i detta fall som en information till allmänheten om att just denna grupp av kiropraktorer är speciellt välutbildad. Det är dock ostridigt att legitimering också kommer att uppfattas som en samhällsgaranti för att den behandling som ges är välmotiverad och effektiv. Enligt min uppfattning kan inte någon sådan garanti utfärdas.

När det gäller utbildningen av Dr's of Chiropractic finns också betydande om än icke oöverstigliga problem. Det blir svårt att kontrollera deras utbildning, eftersom den sker enbart utomlands. Det är dessutom välkänt att den är varierande på de skolor i USA, som utbildar dessa kiropraktorer.

Enligt kommittén blir en konsekvens av en legitimering att kiropraktorerna måste arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det går inte att finna några hållpunkter för att man på ett invändningsfritt sätt visat att kiropraktisk behandling annat än möjligen momentant har någon effekt på de sjukdomstillstånd som behandlas. Tvärtom har alla försök att göra jämförande studier av sådan behandling misslyckats av olika skäl. Frågan om kiropraktorerna tillfört den medicinska behandlingen något nytt av värde måste besvaras negativt.

Ett viktigt skäl för att föreslå legitimering av Dr's of Chiropractic har uppenbarligen varit att därigenom föra in vederbörande under samhällets tillsyn. Det bör då observeras att tillsynen över hälso- och sjukvårdspersonalen i dag omfattar ett stort antal icke legitimerade yrkesgrupper. Samhällets behov av tillsyn över utövare av alternativ medicin överhuvud taget bör naturligtvis utredas och ingår också i kommitténs direktiv. Att legitimera denna lilla grupp löser på intet sätt detta problem. Vid översynen av den s.k. kvacksalverilagen bör man diskutera om och eventuellt hur en sådan tillsyn kan åstadkommas.

Sammanfattningsvis anser jag således att kommittén inte har kunnat visa tillräckliga skäl för sitt förslag att legitimera denna speciella grupp

av kiropraktorer. Om, trots detta, förslaget vinner gehör bör enligt min mening dessa kiropraktorers behandling av enskilda patienter föregås av läkarundersökning och läkarremiss p.g.a. de ovan påtalade riskerna.

6. Anslutning till försäkringskassan. Formen för anslutning till försäkringskassan föreslås bli genom vårdavtal med de enskilda sjukvårdshuvudmännen. Man föreslår ingen ökning av det totala belopp som sjukförsäkringen årligen fördelar till sjukvårdshuvudmännen. Den ekonomiska ramen för hälso- och sjukvård kommer således att vara oförändrad, vilket innebär att medel måste omdisponeras. Kommittén menar att man genom kiropraktorernas anslutning till försäkringssystemet kommer att spara medel, så att den övriga vården inte kommer att vidkännas några inskränkningar. Enligt min uppfattning har detta inte visats. Jag menar därför att detta förslag nu måste avvisas. Dessutom anser jag att denna fråga inte bör lösas isolerad från de andra spörsmål om ersättning för alternativmedicinsk behandling, som kommittén enligt direktiven har att ta ställning till.

av Carl-Eric Lönnblom

Då naprapater, osteopater och huvuddelen av de i Sverige verksamma chiropraktorerna tills vidare ställts åt sidan i en utredning som *borde avse hela området manuella behandlare*, har detta väckt stor förstämmning och missnöje inom Kommittén för alternativmedicin (KAM). Detta har jag vid ett flertal tillfällen påpekat.

Det kan inte anses rättvist att företrädare för berörda organisationer och skolor inte blivit inbjudna till överläggningar på ett tidigt stadium.

Jag anser att man inte redan nu bör utarbeta normer för en legitimation av gruppen Dr's of Chiropractic utan att först kartlagt och analyserat den utbildningsnivå och yrkeskompetens vad gäller övriga manuella terapier i Sverige.

Med hänvisning till ovanstående kan jag icke biträda kommitténs förslag om legitimation av gruppen Dr's of Chiropractic i den utformning som ovan avses.

av Rolf Öhman

Jag kan av följande skäl icke biträda kommitténs förslag om legitimation för gruppen Dr's of Chiropractic.

Dr's of Chiropractic använder väsentligen en enda behandlingsmetod, s.k. ryggradsmanipulation, vilken i internationell litteratur saknar dokumentation vad avser såväl teoribildning som behandlingseffekter.

I Sverige fanns 1985 19 000 läkare och nära 4 000 sjukgymnaster. Tillskott av ett sjuttiotal kiropraktorer är därför ur kvantitativ synpunkt betydelselöst.

Utbildning saknas i Sverige. Den teoretiska skolning, som erbjuds i

USA, varierar i sin uppbyggnad och saknar i många fall ett innehåll, som är överförbart till modern medicinsk utbildning. De personer som i Sverige önskar ägna sig åt manipulationsbehandling under kontrollerade former har möjlighet till detta genom att söka sjukgymnast- eller läkarlinjerna.

När manipulationsbehandling används måste principen om ofarlighet för patienten garanteras, vilket också framhålles i utredningens direktiv. Enligt Svenska Läkaresällskapets bedömning ger föreslagen utbildning icke kunskaper och färdigheter att förebygga komplikationer och identifiera kontraindikationer. Sällskapet delar således inte alternativmedicinkommitténs slutsats "att kiropraktorernas differentialdiagnostiska kunskaper gör dem fullt skickade att arbeta självständigt med ett eget medicinskt yrkesansvar" (8.2.1).

Efter omfattande utredning avvisade medicinalansvarskommittén (Ds S 1979:2) tanken på legitimation av kiropraktorer och föreslog i stället en försöksverksamhet med åtföljande utvärdering. En sådan hade varit välkommen men har ännu inte kommit till stånd.

Det finns således enligt min uppfattning i dag tunga skäl, som talar mot legitimering av gruppen Dr's of Chiropractic.

av Thomas Ihre

Jag kan av följande skäl inte biträda kommitténs förslag om legitimation för gruppen Dr's of Chiropractic.

Medicinalansvarskommittén (MAK) intog så sent som 1979 (Ds S 1979:2), efter en omfattande utredning kring kiropraktik, en klart avvisande hållning till legitimation av kiropraktorer. Detta ställningstagande omfattade både kiropraktor som självständig yrkesutövare och som behörig att efter remiss behandla sjukdomstillstånd. Från kiropraktorernas sida har inte i nuvarande utredning anförts något nytt vad gäller utbildningens inriktning, kvalitet eller behandlingsmetodik etc. MAK:s skäl mot legitimering har därför fortfarande bärighet.

Den av MAK föreslagna försöksverksamheten med åtföljande utvärdering har inte kommit till stånd. Internationell litteratur av godtagbar kvalitet rörande utvärdering av kiropraktorers manuella behandlingsmetoder saknas. Det har således inte i vetenskaplig mening kunnat visas att behandlingsmetoderna har sådana positiva effekter som uppväger de risker som ostridigt är förknippade med i vart fall viss manipulationsbehandling. Dr's of Chiropractic tränas till och använder i sin yrkesutövning endast en behandlingsmetod, s.k. ryggradsmanipulation. Personalen inom den etablerade hälso- och sjukvården har i sin utbildning starka inslag av praktisk klinisk träning under handledning inom många olika medicinska områden. Denna skillnad berättigar enligt min uppfattning till tvivel också beträffande den differentialdiagnostiska förmågan hos Dr's of Chiropractic.

Utbildning av Dr's of Chiropractic finns inte i Sverige, varför möjlighet till kontroll och påverkan av utbildningsinnehållet inte föreligger

från svensk myndighets sida. Det tjugotal amerikanska colleges som utbildar Dr's of Chiropractic har också starkt varierande inriktning på utbildningen. Endast ett fåtal kan sägas ha ett till modern medicinsk utbildning överförbart innehåll.

I behörighetskommitténs betänkande "Kompetens inom hälso- och sjukvården" (SOU 1983:33) kan spåras en betydande restriktivitet vad gäller legitimation för nya grupper inom vården. Riksdagen godtog kommitténs bedömning genom sitt beslut i anledning av proposition 1983/84:179. Jag kan inte se att det begränsade vårdutbud för vilket Dr's of Chiropractic svarar innebär att gruppen i "betydande omfattning" vänder sig till allmänheten. Gruppen utfärdar inte recept eller intyg som myndigheterna har behov av. Överenskommelsen om den nordiska arbetsmarknaden motiverar inte heller legitimation.

Motsvarighet till den behandling som ges av Dr's of Chiropractic finns redan inom den etablerade och av samhället kontrollerade hälso- och sjukvården.

Med hänsyn till det anförda finns det enligt min uppfattning inte skäl att införa regler om legitimation av gruppen Dr's of Chiropractic.

av Ylva Ronne

Kommittén har föreslagit, att de kiropraktorer som erbjuds erhålla legitimation som sådana, skall inordnas i socialförsäkringssystemet genom upprättande av vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen.

Landstingskommunerna i egenskap av huvudmän för sjukvården finansierar sin verksamhet huvudsakligen genom skatteinkomster, transfereringar via socialförsäkringen och patientavgifter.

Inom ramen för givna ekonomiska resurser bedriver kommunen dels den offentliga sjukvården, vilken tar den största delen, dels de privatpraktiserande läkares verksamhet som inte finansieras direkt via socialförsäkringen, s.k. fritidspraktiker. Med dessa senare upprättar sjukvårdshuvudmannen ett vårdavtal. Härvid bedömer man huruvida dessa kan tillgodose ett behov av sjukvård hos befolkningen som inte täcks av den offentliga sjukvården sammantaget med övriga privatpraktiserande läkare. Huvudmannen måste således väga resurser mot behov.

Landstingskommunen kan även teckna vårdavtal med andra yrkesgrupper än läkare, vilket har skett i liten utsträckning.

Kommittén har ännu inte slutfört sitt arbete med att kartlägga och bedöma innehållet i de alternativa terapier som finns i landet. Det är möjligt att fler alternativbehandlare kommer att göra anspråk på del i socialförsäkringssystemet. Det är givet att det är lättare och tryggare att bedriva verksamhet oavsett om man arbetar inom alternativmedicinen eller inte, om man har ett vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen.

Till detta kommer att det finns ett flertal sjukvårdsutövare inom den privata sektorn som tillgodoser angelägna vårdbehov hos befolkningen, men som vare sig kan anslutas till socialförsäkring genom reglerna i lagen om allmän försäkring eller som kan räkna med att få vårdavtal

med landstingskommunen. Som exempel kan nämnas verksamheter som bedrivs av psykoterapeuter, logopeder, sjuksköterskor och barnmorskor.

Det är min uppfattning att kommittén måste ha en samlad bild av utbudet inom alternativmedicinen innan man tar ställning för anslutning av kiropraktorer till socialförsäkringen. Härvid har man möjlighet att göra de nödvändiga prioriteringar mellan olika mer eller mindre angelägna behov som befolkningen har.

Naturligtvis är det så att en sjukvårdshuvudman inte behöver teckna ett vårdavtal med en alternativbehandlare, såsom t.ex. kiropraktor, men det ligger i sakens natur, att om kommittén uttalar sig för att denna grupp bör anslutas till socialförsäkringen genom vårdavtal, så kommer gruppen att ställa krav på att få teckna sådana avtal.

Bilaga 1

Kommittédirektiv

Dir 1984:46

Utredning av frågor kring alternativ medicin m.m.

Dir 1984:46

Beslut vid regeringssammanträde 1984-12-20

Statsrådet Sigurdsen anför.

Jag föreslår att en kommitté tillkallas för att överväga frågor kring den s.k. alternativa medicinen.

I Sammanfattning av utredningsuppdraget

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

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

överblick över forsknings- och utvärderingsprojekt på området samt ha rätt att initiera eller föreslå nya sådana projekt. Kommittén bör försöka ta tillvara internationella erfarenheter och rön på området.

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

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

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

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

Kommitténs arbete bör vara avslutat under år 1988.

II Bakgrund

Den vårdpolitiska utvecklingen

Under de senaste årtiondena har hälso- och sjukvården i vårt land genomgått en snabb utveckling. Vårdpolitiken har inriktats på att få till stånd en ändrad struktur av hälso- och sjukvården.

Det finns en strävan att starkare inrikta hälso- och sjukvården mot förebyggande insatser och att göra den mer offensiv för att därmed främja hälsotillståndet hos befolkningen och förebygga ohälsa.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen – HSL – (1982:763) ger landstingskommunerna ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa, men också större frihet att utforma hälso- och sjukvården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Det övergripande målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

HSL lägger ett ansvar på landstingskommunerna att planera hälso- och sjukvården efter människornas behov. Planeringen skall omfatta även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstingskommunen.

I rapporten från hälso- och sjukvårdsberedningen (SOU 1984:39) Hälso- och sjukvård inför 90-talet framhålls att människors anspråk på hälso- och sjukvårdstjänster har ökat. Människor kräver ett utvidgat stöd av samhället för att de skall kunna vidmakthålla vad som uppfattas som god hälsa och få en god vård. Likaså har synen på vad som är sjukdom och ohälsa förändrats. Hälsa uppfattas numera allmänt som ett positivt begrepp som inte bara innebär frånvaro av sjukdom eller skada. Människors intresse för hälsofrågor och livsföringens betydelse för den egna hälsan utgör sålunda en grund för ett

aktivare engagemang från hälso- och sjukvårdens sida i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Den helhetssyn på människan som betonas av HSL och som blivit allt vanligare inom hälso- och sjukvården har visat på ett ökat behov av förbättrat omhändertagande i vården. En sådan helhetssyn förutsätter också kunskap om det utbud av alternativa behandlingsmöjligheter som erbjuds och efterfrågas av en stor del av befolkningen.

Den s.k. alternativa medicinen utgör en del av det samlade vårdutbud som erbjuds befolkningen. Alternativa förebyggande och behandlande åtgärder – vid sidan av de metoder som accepterats inom den etablerade hälso- och sjukvården – efterfrågas av många människor. Kunskaper som växt fram om alternativa behandlingsmetoder har också under århundraden tagits upp och vidareutvecklats inom den medicinska vetenskapen. Samtidigt har förelegat – och föreligger – ett spänningsförhållande mellan företrädare för alternativa vårdmetoder och den vetenskapliga medicinen. Uppdelningen förstärks av att olika lagstiftning gäller för de två systemen.

Rätten att vara yrkesverksam inom hälso- och sjukvården

Ett mycket stort antal personer är verksamma som yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Också antalet yrken är betydande. För flertalet av dessa finns inte någon rättslig reglering som inskränker möjligheterna för personer utan erforderlig utbildning att vara yrkesverksamma. Detta är en konsekvens av att det som huvudprincip står envar svensk medborgare fritt att utöva näring. Principen har dock vissa begränsningar på hälso- och sjukvårdens område.

Bestämmelserna om rätten att vara verksam på hälso- och sjukvårdens område finns såväl i den s.k. kvacksalverilagen (1960:409) som i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. Kvacksalverilagen tar sikte på lekmäns verksamhet på området, medan behörighetslagen avser hälso- och sjukvårdspersonal för vilka gäller särskilda krav på kompetens för yrket. Bestämmelserna i de båda lagarna innebär bl.a. att vissa yrkesutövare ges ensamrätt att utöva yrke inom hälso- och sjukvården. Vidare ges ett straffrättsligt skydd för vissa yrkestitlar och yrkesbeteckningar på hälso- och sjukvårdens område. Enligt lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. – tillsynslagen – skall den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen vinnlägga sig om att ge patienten en sakkunnig och omsorgsfull vård. Av föreskrifter i instruktioner och reglementen följer att den verksamhet som yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedriver skall vara i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Genom kvacksalverilagen har området för lekmäns verksamhet avsevärt

begränsats. Kvacksalverilagen gäller för personer som utan den av samhället fastställda medicinska kompetensen mot ekonomisk ersättning undersöker eller behandlar sjukliga tillstånd hos människor genom att vidta eller föreskriva åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte. Lagen omfattar inte de legitimerade yrkesutövarna och inte heller annan hälso- och sjukvårdspersonal. Kvacksalverilagen är inte heller tillämplig på verksamhet inom tandvården.

En lekman är genom bestämmelser i lagen förbjuden att behandla vissa smittsamma sjukdomar, cancer och andra elakartade svulster, sockersjuka, epilepsi samt sjukdomar i samband med havandeskap och förlossning. Vidare är undersökning eller behandling av barn, som inte fyllt åtta år, och rådgivning per korrespondens utan personlig undersökning förbjuden. Genom ett tillägg år 1982 i kvacksalverilagen har utprovning eller tillhandahållande av kontaktlinser förbjudits.

Vissa undersöknings- och behandlingsmetoder förbehålls hälso- och sjukvårdspersonalen. Detta gäller allmän bedövning, lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel, hypnos samt radiologiska metoder. Ambulerande verksamhet och verksamhet av den som inte är svensk medborgare förbjuds.

Den som utan att tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen i strid mot kvacksalverilagens bestämmelser behandlar någon, och därvid uppsåtligen eller av oaktsamhet orsakar patienten skada som inte är ringa, eller framkallar fara för sådan skada, döms för hälsofarligt kvacksalveri till böter eller fängelse. Straffbestämmelsen gäller vare sig skadan eller faran orsakats av olämplig behandling eller genom avbrott i läkarvård eller dröjsmål med sådan vård. Det befriar inte från ansvar, att kvacksalvaren på grund av bristande utbildning eller erfarenhet inte kunnat inse sjukdomens natur eller förutse skadan eller faran.

Tillsyn

Hälso- och sjukvårdspersonalen är underkastad samhällets tillsyn enligt tillsynslagen.

Till hälso- och sjukvårdspersonalen hör förutom anställda inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården, även legitimerade yrkesutövare i enskild tjänst och de som biträder sådana yrkesutövare samt anställda vid apotek.

Tillsynen gäller oberoende av om yrkesutövaren är anställd hos stat, kommun eller enskild eller är verksam som fri yrkesutövare. Socialstyrelsen eller den styrelsen förordnar har rätt att inspektera personalens verksamhet. Efter anmaning skall en yrkesutövare lämna styrelsen de handlingar och upplysningar om verksamheten som styrelsen behöver för tillsynen. Av

styrelsens tillsynsfunktion följer också att yrkesutövarna skall följa de föreskrifter som styrelsen meddelar för yrkesutövningen. I instruktioner och reglementen för olika grupper av yrkesutövare har dessas skyldigheter mot styrelsen kommit till uttryck på ett likartat sätt.

Frågor om disciplinansvar och om återkallelse av legitimationer m.m. prövas av en särskild, från socialstyrelsen fristående nämnd, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Om den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen uppsåtligen eller av oaktsamhet åsidosätter vad som åligger honom i hans yrkesutövning och felet inte är ringa, får disciplinpåföljd i form av erinran och varning åläggas honom. Förutom dessa påföljder finns, med avseende på de legitimerade yrkesutövarna möjligheten till återkallelse av legitimationen.

All hälso- och sjukvårdspersonal är underkastad bestämmelser om tystnadsplikt.

Utövare av metoder inom den alternativa medicinen är som regel underkastade kvacksalverilagens bestämmelser. Någon reguljär tillsynsverksamhet förekommer inte enligt lagen. Inte heller gäller föreskrifter om tystnadsplikt för dem som bedriver verksamhet enligt kvacksalverilagen.

Lagstiftningen om naturmedel

Genom en ändring i läkemedelsförordningen kan s.k. naturmedel från år 1978 undantas från läkemedelsförordningens bestämmelser om läkemedel. Ändringen omfattar dock inte naturmedel som används för injektion. En särskild lag (1981:50) reglerar under tiden den 1 juli 1981 – den 30 juni 1986 användningen av sådana injektionsmedel. Sådana medel skall vara oskadliga för patienten men några krav på dokumenterad effekt ställs inte upp. Beslut om injektion är förbehållet läkare. För injektion av barn under 15 år krävs socialstyrelsens tillstånd. Enligt riksdagens beslut skall en utvärdering av lagens konsekvenser bli vägledande för frågan om en fortsatt giltighet av denna (SoU 1980/81:7, rskr 55).

Metoder inom den alternativa medicinen

I Sverige förekommer åtskilliga förebyggande och behandlande verksamheter inom den alternativa medicinen. De verksamheter som torde vara vanligast förekommande kan delas in enligt följande:

1. *Förebyggande verksamhet* (t.ex: kostvanor – fasta, vegetarisk kost – och behandling med naturmedel)

2. *Diagnostiskt inriktade metoder* (t.ex. fotzonsdiagnostik och irisdiagnostik)

3. *Behandlingar med naturmedel och liknande* (t.ex. homeopati och THX-behandling)

4. *Fysikaliska behandlingsmetoder* (t.ex. kiropraktik och akupunktur)

5. *Metoder med huvudsaklig inriktning mot de psykiska funktionerna* (t.ex. yoga och healingmetoder)

Socialstyrelsens roll

Socialstyrelsen följer utvecklingen inom den alternativa medicinen.

Skälet till att alternativa behandlingsmetoder inte accepteras inom den etablerade hälso- och sjukvarden är oftast att vetenskapligt invändningsfria värderingar av metoderna inte kunnat ge stöd för att de har objektiv effekt. För vissa metoder saknas sådana utvärderingar helt.

Socialstyrelsen har i en skrivelse till regeringen i december 1974 uttryckt en positiv inställning till att undersökningar av medicinskt kontroversiella metoder kunde komma till stånd. Styrelsen förklarade sig också beredd att initiera och stödja sådana prövningar av metoder vilka ur allmän synpunkt kan vara av intresse.

Efter utredning föreslog medicinalansvarkommittén (MAK) år 1979 att försöksverksamhet med *kiropraktorer* skulle startas vid några sjukhus för en utvärdering av behandlingsmetoder. En sådan försöksverksamhet har ännu inte kommit till stånd men planeras av socialstyrelsen.

För att få en samlad bedömning av kunskapsläget om *akupunktur* uppdrog socialstyrelsen år 1980 till två experter att granska den vetenskapliga litteraturen och ge en bedömning av akupunkturens effekter. En rapport i ämnet avlämnades hösten 1982. Rapporten remitterades till ledamöter i styrelsens vetenskapliga råd samt vissa andra experter.

Med utgångspunkt i rapporten och remissyttrandena över denna har socialstyrelsen hösten 1984 godkänt akupunktur som behandlingsmetod inom hälso- och sjukvården och tandvården vid framför allt kronisk smärta.

Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter och allmänna råd i ämnet för hälso- och sjukvårdspersonalen. Bestämmelserna innebär att legitimerade läkare och tandläkare får använda akupunktur med rätt att delegera det praktiska utförandet till annan personal enligt de principer som gäller för delegation inom hälso- och sjukvården och tandvården. Enskilt verksamma barnmorskor, legitimerade sjuksköterskor och legitimerade sjukgymnaster som skaffat sig erforderlig kunskap om akupunktur får använda metoden efter remiss från legitimerad läkare eller tandläkare.

Socialstyrelsen har genomfört viss utredning för att bl.a. klargöra *hälsohemmens* organisatoriska ställning inom hälso- och sjukvården. Utred-

ningen visar bl.a. att många s.k. alternativa behandlingsmetoder (olika badbehandlingar, zonterapi, magnetterapi, kiropraktik, bindvävsmassage, akupressur, akupunktur, behandling enligt homeopatiska och antroposofiska principer m.m.) tillämpas vid ett flertal enskilt drivna hälsohem. Styrelsen har hittills inte haft möjlighet att utvärdera de olika behandlingsmetoderna.

Socialstyrelsens styrelse har den 26 oktober 1984 beslutat hemställa hos regeringen om att en utredning tillsätts för att förutsättningslöst pröva värdet av olika metoder inom den alternativa medicinen och behovet av en översyn av kvacksalverilagen m.m.

Tidigare riksdagsbehandling

Den alternativa medicinen har under en följd av år efter motioner varit föremål för riksdagens behandling. Socialutskottet har i sitt betänkande SoU 1983/84:12 – som godkänts av riksdagen – principiellt uttalat sig för att det finns skäl att ha en öppen attityd inför icke-konventionella behandlingsmetoder som patienter tycker sig bli hjälpta av, även om metodernas effektivitet inte alltid är vetenskapligt belagd. Förutsättningen var självfallet att det inte rör sig om behandlingsformer som kan misstänkas vara hälsovadliga.

Utbildning

Under senare år har tillkommit yrkesgrupper för utövare av hälso- och sjukvård utanför den krets av personal som står under socialstyrelsens tillsyn. Exempel på sådana yrkesgrupper är homeopraktiker, zonterapevter och akupunktörer. Dessa har i viss utsträckning sammanslutit sig i föreningar för att bevaka sina medlemmars intressen och för att skapa vissa regler för sin verksamhet, t.ex. vad beträffar utbildning och etik i yrkesutövningen.

Inom landet finns ett växande utbud av både yrkesutbildningar och utbildningar i enstaka metoder inom den alternativa medicinen vid ett antal privata skolor och institut.

I en år 1984 utkommen skrift från hälsokostrådet Naturmedicinsk utbildning – kurser och skolor i Sverige, uppräknas 24 olika skolor som förmedlar kortare kurser eller längre utbildningar inom alternativmedicinska områden.

Det förekommer t.ex. utbildningar som leder till yrkesbeteckningar som "naprapat", "zonterapevt" och "naturläkare". Dessa utbildningar är inte föremål för någon granskning eller tillsyn från statsmakterna.

Utanför landet förekommer dessutom ett rikhaltigt utbud av utbildningar inom den alternativa medicinens område.

Forskning och utvärdering

Viss forskning och utvärdering av nuvarande alternativa behandlingsmetoder har förekommit i Sverige. Jag har tidigare nämnt några områden som undersökts genom bl.a. socialstyrelsens medverkan. Ett stort behov av forskning och utvärdering föreligger, vilket också ställer krav på en omfattande metodutveckling.

Internationellt har under senare år frågan om den alternativa medicinens ställning utretts i flera sammanhang. Här kan nämnas den kartläggning som på svenskt initiativ gjorts inom Europarådet av de författningar som reglerar hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att använda alternativa metoder för diagnos och behandling i Europarådets medlemsländer och Finland. Även inom WHO har ämnet varit föremål för uppmärksamhet. I Holland och Danmark har statliga utredningar nyligen avgivit betänkanden rörande den alternativa medicinens ställning.

III Överväganden

Alternativa metoder för att förebygga, vårda och behandla sjukdomar används i ökad utsträckning i Sverige. Sådana metoder används även i viss utsträckning för diagnostik. Vissa alternativa metoder bygger på erfarenheter som vunnits under mycket lång tid. Vissa av metoderna accepteras i andra länder för användning inom hälso- och sjukvården.

Jag anser att det behövs en ökad kunskap hos allmänheten och även hos myndigheterna om metoder inom den alternativa medicinen och deras värde.

Jag föreslår därför att en kommitté tillsätts för att utreda frågor som rör den alternativa medicinens ställning i vårt samhälle.

Vi har i Sverige en erkänt hög nivå på vår hälso- och sjukvård. Samtidigt ökar antalet besök inom den alternativa medicinen. Detta kan bl.a. bero på att patienterna saknar alternativ till den hjälp som hittills erbjudits inom den etablerade hälso- och sjukvården. Vidare kan det bero på att frågor som rör det mänskliga omhändertagandet inte alltid fått tillräcklig uppmärksamhet inom den naturvetenskapligt orienterade medicinen.

Det är därför en viktig uppgift för kommittén att belysa orsakerna till att personer söker sig till yrkesutövare utanför den etablerade hälso- och sjukvården. De sociala och kulturella aspekterna på den här utvecklingen bör särskilt uppmärksammas. Stora invandrargrupper kommer t.ex. från länder med helt andra medicinska traditioner.

Vid bedömning och beskrivning av ohälsa förordas allt starkare att man skall beakta såväl av den enskilde upplevd ohälsa som medicinskt definierad ohälsa. Tillsammans kan de ge en helhetssyn på ohälsans omfattning och

fördelning inom befolkningen. Detta synsätt förordas av WHO och har betonats starkt i bl.a. HS 90-utredningen Hälso- och sjukvård inför 90-talet (SOU 1984:39).

På motsvarande sätt är det nödvändigt att belysa effekter av vård såväl i upplevda som medicinskt definierade resultat. Befolkningens/patientens bedömning och erfarenhet fångar en delvis annan verklighet än de naturvetenskapliga bevis som oftast krävs för en medicinsk effektbedömning.

I likhet med socialutskottet anser jag att vi måste ha en öppen attityd till den alternativa medicinens metoder. Om patienterna upplever att de blir hjälpta av en sådan behandling bör detta tillmätas vikt, även om metodens värde f.n. inte är vetenskapligt styrkt.

Den vårdsökandes behov och säkerhet bör vara utgångspunkten för kommitténs arbete. Detta innebär bl.a. att garantier måste skapas för att rätt diagnos blir ställd även om en person som drabbats av sjukdom väljer att låta sig behandlas med alternativa metoder. Detta är särskilt viktigt när det gäller allvarliga sjukdomar. En viktig utgångspunkt för kommittén bör vara att den enskilde så långt det är möjligt får frihet att välja erbjudna behandlingsformer och behandlingsmetoder.

Givetvis måste även på detta område ställas krav på yrkesutövarna och metoderna för att patienternas berättigade krav på säkerhet i vård och behandling skall kunna garanteras. Även om strävan bör vara att ge den enskilde patienten en stor frihet att själv välja behandling och kommittén i sitt arbete bör ha en öppen grundinställning till den alternativa medicinen måste samhället även i framtiden kunna föreskriva vissa begränsningar i rätten att utöva hälso- och sjukvård. Verksamheter förekommer, som utnyttjar människors oro för sin hälsa och livssituation och som kan innebära risker för den enskildes hälsa och ekonomi. Till skydd för patienterna är det nödvändigt med vissa begränsningar i rätten att utöva yrke inom hälso- och sjukvården även framgent.

En kartläggning bör göras över vilka metoder inom den alternativa medicinen som förekommer i landet. Kommittén bör ha till uppgift att kartlägga upplevda behov och efterfrågan av sådana metoder. Den förebyggande verksamheten inom den alternativa medicinen – t.ex. den verksamhet som hälsohemmen bedriver bör uppmärksammas. Dessa förebyggande metoder syftar främst till att öka hälsomedvetandet och genom livsstilspaverkan främja hälsan.

En kartläggning bör vidare göras av den utbildning på området som bedrivs inom landet t.ex. vid privata skolor och institut. Framför allt bör den utbildning som leder fram till särskilda yrken inom den alternativa medicinen uppmärksammas. (t.ex. akupunktörer, naprapater och naturläkare). Så långt möjligt bör även övervägas utländsk utbildning av särskilt intresse på området.

Efter en inledande kartläggning bör kommittén som den finner lämpligt avgränsa sitt uppdrag för en fördjupad analys.

Kommittén bör inom de ramar kommittén beslutar söka ange det hälsomässiga värdet av metoder inom den alternativa medicinen samt även ange vilka alternativa metoder som ev. kan vara av värde inom den etablerade medicinen. Kommittén bör därvid belysa frågan ur såväl ett förebyggande som behandlande och rehabiliterande perspektiv.

Vikten av en helhetssyn pa patienten har kommit att allt mer betonas. En viktig anledning till detta är att det ofta förekommer både somatiska och psykiska inslag i patienternas sjukdomsbild. Inom hälso- och sjukvarden pågår fortlöpande arbete med att förbättra omhändertagandet i varden och att vidga och förbättra behandlingsinsatserna utifrån bl.a. dessa utgangspunkter. Kommittén bör kunna tillföra ytterligare underlag i detta arbete. Olika vägar för hälso- och sjukvården att tillgodogöra sig positiva erfarenheter – t.ex. genom utbildning av personalen – bör belysas.

Kommittén bör också överväga lämpliga former för information om alternativa behandlingsmetoder till allmänhet och myndigheter.

En översyn av kvacksalverilagen bör ske. Kommittén bör förutsättningslöst pröva vilka begränsningar av näringsfriheten som är nödvändiga pa hälso- och sjukvårdens område till skydd för patienterna och föreslå ny lagstiftning. I samband härmed bör också övervägas hur samordningen kan förbättras mellan socialstyrelsens verksamhet och näringsfrihetsombudsmannens och konsumentverkets verksamhet när det gäller etableringskontroll och marknadsföring m.m. på detta område.

Kommittén bör ocksa uppmärksamma att en översyn av kvacksalverilagen kan påverka gällande behörighetslagstiftning för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Begreppen kvacksalveri/kvacksalvare har kommit att användas för all verksamhet som inte utövas av hälso- och sjukvårdspersonalen. I olika sammanhang har framförts synpunkter på att verksamheter som nu utövas enligt kvacksalverilagen – t.ex. kiropraktorernas verksamhet – borde frikopplas från begreppet kvacksalveri vilket alltmer kommit att få en nedsättande innebörd. Kommittén bör överväga möjligheten att föra in vissa yrkesutövare inom den alternativa medicinen under samhällets tillsyn.

Ett stort antal olika metoder hänförs i dag till den alternativa medicinen. I kommitténs uppdrag bör också ingå att överväga definitioner och gränsdragningar inom området.

Kommittén bör ge en överblick över de forsknings- och utvärderingsprojekt som utförts eller pågår rörande den alternativa medicinen. Kommittén bör ha rätt att själv initiera sådana projekt eller lägga fram förslag om forskningsområden och utvecklingsarbete inom den alternativa medicinen. Resultat av internationella studier på området bör inhämtas och möjlighe-

terna prövas att även i övrigt ta tillvara erfarenheter och rön från andra länder.

Kommittén bör överväga möjligheterna för hälso- och sjukvårdspersonalen att – t.ex. när en patient begär det – inom ramen för gängse praxis vad avser krav på vetenskaplighet och beprövad erfarenhet tillämpa metoder inom den alternativa medicinen i sin yrkesutövning.

Kommittén bör överväga vilken utbildning och erfarenhet som bör krävas av dem som utövar akupunktur inom och utanför den reguljära hälso- och sjukvården.

Vidare bör kommittén ta del av erfarenheterna av den planerade utvärderingen av kiropraktik inom hälso- och sjukvården.

I kommitténs uppdrag bör också ingå att analysera i vilken utsträckning ersättning skall kunna erbjudas patienter som får behandling med alternativa metoder inom ramen för nuvarande ersättningssystem.

Den särskilda lagen (1981:50) med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion upphör att gälla den sista juni 1986. Enligt socialutskottets uttalanden skall en utvärdering av lagens konsekvenser ligga till grund för ett ställningstagande om hur den fortsatta regleringen skall utformas (SoU 1980/81:7, rskr 55). Kommittén bör även göra en sådan utvärdering. Kommittén bör redovisa resultatet av utvärderingen samt förslag till framtida reglering i ämnet till regeringen före den 1 oktober 1985.

IV Ramar för kommitténs arbete

För kommitténs arbete skall gälla de allmänna tilläggsdirektiv som utfärdats den 16 februari 1984 till samtliga kommittéer och särskilda utredare (Dir. 1984:5). Utredningsarbetet bör bedrivas i nära samarbete med berörda myndigheter och organisationer samt företrädare för utövare av alternativ medicin.

Kommittén bör samråda med andra pågående utredningar som är av betydelse i sammanhanget. Kommittén bör göra sådana internationella jämförelser som kan anses motiverade. Kommittén bör redovisa en utvärdering av verksamheten med naturmedel för injektion under hösten 1985. Även i övrigt bör kommittén ha möjlighet att avge delrapporter i olika ämnen.

Kommitténs arbete bör vara avslutat under år 1988.

V Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar det statsråd som har till uppgift att föredra ärenden om hälso- och sjukvård

att tillkalla en kommitté – omfattad av kommittéförordningen (1976:119) – med högst fem ledamöter med uppdrag att se över frågor kring alternativ medicin m.m.,

att utse en av ledamöterna att vara ordförande,

att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt kommittén.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns kommitteanslag.

VI Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hennes hemställan.

(Socialdepartementet)

Bilaga 2

Utdrag ur Chiropractic in New Zealand
Översättning från engelska

KIROPRAKTIK I NYA ZEELAND

Undersökningskommissionens rapport 1979

Sid 3–5

Sammanfattning av de viktigaste resultaten

14. Det torde vara lämpligt att här sammanfatta våra viktigaste resultat. Att vi gör det på detta stadium betyder, att vi föregriper ett antal punkter som vi kommer att förklara närmare senare i rapporten. Vi betonar, igen att rapporten måste läsas i sin helhet.

Allmänt

- Modern kiropraktik är långtifrån någon "ovetenskaplig modenyck".
- Kiropraktik är en gren av läkekonsten som specialiserat sig på manuell spinalterapi avseende vad kiropraktorer betecknar som biomekaniska störningar i ryggraden. De ställer ryggradsdiagnoser och utför terapi på avancerad och hög nivå.
- Kiropraktorer är de enda som genom utbildning och träning är fullt skickade att utföra manuell spinalterapi.
- Vanliga legitimerade läkare och sjukgymnaster saknar adekvat träning i manuell spinalterapi, även om ett fåtal av dem har skaffat sig utbildning i ämnet efter examen.
- Manuell spinalterapi är säker när den utförs av en legitimerad kiropraktor.
- En legitimerad kiropraktor får sådan utbildning och träning, att han kan avgöra, om det finns kontraindikationer mot manuell spinalterapi i ett visst fall, och huruvida patienten bör ha medicinsk behandling i stället för eller jämsides med kiropraktisk.
- Manuell spinalterapi kan vara effektiv när det gäller att lindra skelett-muskulära symptom som ryggsmärtor och andra symptom som man vet reagerar positivt till sådan terapi, t. ex. migrän.
- I ett begränsat antal fall, där det finns organiska och/eller viscerala symptom, kan kiropraktisk behandling skänka lindring, men detta kan ej förutses, och i sådana fall bör patienten samtidigt få medicinsk behandling, om detta låter sig göra.
- Även om den exakta karaktären av den biomekaniska dysfunktion, som kiropraktorer hävdar att de kan bota, hittills ej kunnat demonstreras vetenskapligt, och även om de exakta skälen till, att manuell spinalterapi skänker lindring, hittills ej fått någon vetenskaplig förklaring, har kiropraktorer rimlig grund, baserad på kliniska resultat, för sin uppfattning, att symptom av ovan beskrivna slag med positivt resultat kan behandlas med manuell spinalterapi.

Kiropraktorer och läkare

- Kiropraktorer tillhandahåller inte något komplett alternativt system för hälsovård och bör inte heller göra troligt att så är fallet.
- I det allmännas och patienternas intresse får det inte finnas något hinder för fullständigt yrkesmässigt samarbete mellan kiropraktorer och praktiserande läkare.
- Kiropraktorn bör i det allmännas intresse accepteras som partner i det allmänna hälsovårdssystemet. Ingen annan är genom utbildning och träning så väl skickad att ställa diagnos på mekaniska spinaldysfunktioner eller att utföra manuell spinalterapi.
- Det är fel att gällande lag eller läkaretiska regler får till resultat, att en patient kan få manuell spinalterapi, subventionerad av försäkringskassa, endast av sådan medicinsk personal, som är sämst skickade att utföra den.
- Nuvarande regler, som förbjuder legitimerade läkare att remittera patienter till kiropraktorer eller att samarbeta med kiropraktorer vid behandling av patienter, är ej i det allmännas intresse.
- Patienter bör även i fortsättningen ha rätt att vända sig till en kiropraktor direkt.
- Bruket av titeln "doktor" för en kiropraktor, som inte är legitimerad läkare, bör strängt begränsas.

Yrkesmässig organisation

- Kiropraktorlagen (Chiropractors Act) 1960 bör administreras av hälsovårdsdepartementet.
- Kiropraktorstyrelsen bör rekonstitueras för lämplig representation av hälsovårdsdepartementet och läkarna.
- Det disciplinära maskineriet och de disciplinära normer, som gäller för kiropraktorer i Nya Zeeland, behöver en grundlig revidering.
- I synnerhet bör man förbjuda publicering av information som antyder, att kiropraktorer tillhandahåller omfattande hälsovårdstjänster eller bör konsulteras före legitimerade läkare, när det gäller allmänna hälsoproblem. Förbudet bör kompletteras med möjlighet till drastiska disciplinära åtgärder.

Manuell spinalterapi i framtiden

- Ansvaret för utbildning i manuell spinalterapi bör på grund av dess särart åvila kiropraktorerna. Deltids- eller semesterkurser i manuell spinalterapi för andra medicinska yrkesutövare bör ej uppmuntras.

Utbildning och forskning

- Den utbildning som tillhandahålls av The International College of Chiropractic vid Preston Institute, Victoria är av hög kvalitet.
- Stipendier bör göras tillgängliga för studenter i Nya Zeeland, vilka önskar genomgå utbildning som leder fram till en B.App.Sc (Chiropractic) /ungefär kir.kand. ö a/ vid Preston Institute.
- Kiropraktikerstyrelsen, kiropraktikersällskapet och läkarsällskapet bör med all kraft se till, att alla utövande kiropraktorer i Nya Zeeland informeras om den aktuella och relevanta utvecklingen inom medicin och forskning.
- Ett rätt utformat program för kiropraktisk forskning bör upprättas med statligt stöd och förläggas till medicinsk utbildningsanstalt i Nya Zeeland.

Sjukhus

Sjukhusstyrelserna bör under lämpliga former bereda kiropraktorer tillträde till sjukhusen: (a) för behandling av patienter som önskar sådan behandling och har nytta av den; (b) för hjälp inom den allmänna hälsovården genom att i lämpliga fall tillhandahålla manuell spinalterapi; (c) för främjande av deras kliniska utbildning och träning.

Februari 1987.

Delrapport till alternativmedicinkommittén:

Bilaga 3

MANIPULATIONSBEHANDLING VID SMÄRTTILLSTÅND I RYGGEN

Inledning.

"Medicinsk teknologi kan avgränsas mer eller mindre snävt. Medicinska forskningsrådet har anslutit sig till en vid definition. Definitionen innebär att alla medicinska åtgärder för prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering samt för organisation och administration, inbegripes."

"Värdering av medicinsk teknologi sker först och främst genom vetenskaplig prövning av i vilken mån och under vilka betingelser en specificerad åtgärd (teknologi) ger avsedda och eftersträvade effekter - dess nytta - och ej medför oskälig risk för skada - dess säkerhet.

Värdering av en medicinsk teknologi omfattar vidare en bedömning av i vilken mån dess medicinska effekter står i rimlig proportion till de resurser den tar i anspråk" (Brorsson och Wall 84).

Uppgiften att vid olika smärttillstånd i ryggen värdera manipulationsbehandling som medicinsk teknologi innebär således en värdering av teknologins

1) effekt,

2) säkerhet,

3) kostnad.

Om en medicinsk teknologi visar sig vara effektiv, säker och kostnaden inte är orimlig, så borde teknologin accepteras och tillämpas. Accepterandet av, eller motståndet mot, en medicinsk teknologi vilar emellertid inte alltid på rationella ställningstaganden. Det finns i vetenskapshistorien många exempel på observationer, teorier, empiriska data som av flera olika icke-empiriska skäl inte har accepterats (de Grazia 63, Barber 61, Sjöstrand 79). Detta gäller speciellt om teknologin är kontroversiell i förhållande till den befintliga vetenskapliga referensramen[1].

Manipulationbehandling är en kontroversiell medicinsk teknologi av flera skäl. Ett av dessa är att centrala delar i manipulationsbehandlingen också ingår som del i kiropraktorernas verksamhet (Deyo 83). Och eftersom kiropraktorernas teoretiska förutsättningar hittintills har betraktats som helt oförenliga med en klassisk-medicinsk referensram och när teori och praktik i detta sammanhang anses hänga ihop, kan man inte acceptera en praktik som refererar till en oacceptabel teori (Ugeskr Laeger 69).

---

1. När det i det följande används termer som teoretisk referensram, paradigm, tankestil, konsensus, medicinsk kosmologi, vetenskapliga (och förvetenskapliga) eller icke empiriska förutsättningar så refereras det främst till vetenskapsfilosofer som Kuhn (79), Fleck (79), Ziman (68), Wulff, Pedersen och Rosenberg (86).

Vid värderingen av en teknologi och av dess möjligheter att bli accepterad får man förutom hänsyn till teknologins effekt, säkerhet och kostnad också ta hänsyn till teknologins vetenskapliga status. Förhållandet mellan värderingen av en teknologis effekt och accepterandet av teknologin i relation till om teknologin i fråga är begriplig antar vi hänger samman på följande sätt:

		Hög effekt	Låg effekt
Mekanismen är	begriplig	1	2
	obegriplig	3	4

1. Om teknologin är begriplig (kan förstås och förklaras inom de teoretiska ramarna) och teknologin samtidigt vid t ex en kliniskt kontrollerad undersökning har visat sig ha bra effekt (och säkerhet och kostnadskalkyl är optimal) så har teknologin hög status och accepteras lätt i det vetenskapliga samhället.

2. Om teknologin är begriplig men har tveksam (icke entydig) effekt så har teknologin trots allt en viss status och kan även slå igenom i praktiken (Jfr t ex förebyggandet av blodproppar med acetylsalicylsyra) (Consensus-dokument 86).

3. En teknologi kan också vara teoretiskt helt obegriplig, men kanske pga gammal tradition finnas med i den medicinska arsenalen och vid en klinisk prövning visa sig ha god effekt (t ex behandlingen av hjärtsvikt med digitalis och tidigare elektrochockbehandling vid depressiva tillstånd). När man inte har någon idéom bakomliggande mekanismer så kan man ändå förhålla sig till teknologin om man betraktar det som sker som en **black box**[2]. Där kan alltså vara tal om beprövad erfarenhet utan teoretisk vetenskaplig bakgrund. En **ny** teknologi av detta slag blir inte automatiskt accepterad som vi ska se i exemplet Semmelweis.

4. Om teknologin både är obegriplig teoretiskt sett och har en icke påvisbar effekt och dessutom refererar till en teori som är kontroversiell i förhållande till den gängse teoretiska referensramen, så har teknologin givetvis låg status och är mycket svår att acceptera även om den är säker och billig.

Manipulationsbehandling har som medicinsk teknologi haft liten genomslagskraft av olika anledningar. För att kunna förstå de problem som är förknippade med accepterandet, motståndet eller förkastandet av fenomenet manipulationsbehandling, ska vi gå en omväg via vetenskapshistorien och ta ett exempel som idag är okontroversiellt (Semmelweis).

Vi vill använda exemplet för att illustrera hur en accepterad generell medicinsk teori kan ge möjlighet till en omtolkning och förklaring av tidigare icke-accepterad teknologi (grupp 3).

---

2. Man uppfattar patienten som en svart låda där man gör något (input) varvid det händer något inuti den svarta lådan som vi inte vet något om, vilket resulterar i ett eller annat (output) som vi härefter mäter och jämför med tillståndet före input, för att få ett uttryck för effekten av det vi gjorde. Det är relativt få medicinska teknologier där man använder sig av en ren black box-model, liksom det också är få teknologier där vi har en helt avklarad mekanismförklaring. De flesta medicinska teknologier har hypoteser eller en antydan till teoretisk bakgrund och man kan här tala om **grey box**-modeller (Bunge 64).

Vi ska därefter presentera den i rapport från British Medical Association (May 1986) accepterade generella teori som ger möjlighet att förstå och förklara effekten av manipulationsbehandlingens bakomliggande mekanismer, en teori som möjligen kan medföra att manipulationsbehandlingens grad av vetenskaplighet kan höjas (från grupp 4 till grupp 2). Detta kan i sin tur tillsammans med olika andra faktorer ändra på villkoren för effektbedömning, vilket vi ska komma in på senare.

Vi vill i vår samlade värdering av den befintliga litteraturen om manipulationsbehandling (som har likheter med den kiropraktiska verksamheten) ta hänsyn till ovanstående och således presentera våra värderingar och slutsatser i relation till teknologins effekt, säkerhet, kostnad och vetenskaplighet. Vi vill framställa förslag till en framtida värdering av de medicinska teknologier som går under den samlade beteckningen manipulationsbehandling. Först ska vi dock kort redovisa manipulationsbehandlingens historik och några av anledningarna till att manipulationsbehandlingen har varit kontroversiell och i viss utsträckning fortfarande är det i dag.

Historik[3].

Manipulationsbehandling omfattande traktion, skakning och olika grepp finns beskiven i två av Hippokrates' skrifter från 400 år före vår tideräkning. Senare i antiken kommenterar Galenos (130- 201) Hippokrates' skrifter. Skrifter av den arabiska läkaren Avicenna (980-1037) visar att även han kände till och praktiserade de hippokratiska manipulationsbehandlingarna. Avicennas skrifter blev senare tryckta i många latinska utgåvor (mellan 1473 och 1608) och "var en ansett lärebok gjennom hele middelalderen til opp i det 17. århundre".

Renässanstidens stora kirurg Ambroise Paré (1510-1590) tog också i sin praktik intryck av Hippokrates. Fram till mitten av 1600 talet, alltså under nästan 2000 år, manipulerade man efter de hippokratiska föreskrifterna. Därefter blev det tyst kring manipulationsbehandling, utförd av den medicinska professionen, fram till 1930 - 1950-talet, när man åter började manipulera under olika beteckningar (manuell medicin, ortopedisk medicin mm.)

Det finns olika historiska förklaringar på varför manipulationsbehandlingen kom i vanrykte bland läkare i mitten av 1600-talet. En förklaring har varit **tuberkulosens** utbredning (Fossgren 82). En senkomplikation till tuberkulos är bl a ledförändringar i ryggen. Dessa förändringar kan således ha gjort manipulationsbehandling mindre attraktiv för patienterna - och smittorisken gjort behandling mindre attraktiv för läkaren.

Det behandlingsmässiga vakuum som uppstod när läkarna slutade manipulera fylldes så småningom av lekmän. Manipulationsbehandling har haft stor utbredning som folkmedicin i nästan alla kulturer och har även varit använd som allmänt uppiggande medel. Senare beskrevs den också som euforiserande. Den ingick och ingår fortfarande som en del i bl a turkiska bad.

I England finns en lång tradition för något som kallas **bone setting** (kotknackning) och som i olika perioder har åtnjutit en viss respekt inom läkarkåren. 1866 höll den engelska kirurgen Sir James Paget ett tal på St. Bartholomew's Hospital där han bl a sade: "Learn to imitate what is good and avoid what is bad in the practice of bone setters". Fas est ab hoste doceri! (Det är bra att lära sig av sina motståndare) (Schiötz 58). Bone setting var och är ett hantverk utan teoretiska anspråk, och har kanske därför aldrig provocerat läkarkåren och vetenskapliga samhällen på samma sätt som osteopatin och kiropraktiken har gjort.

1878 introducerar Andrew T. Still (1828-1917) **osteopatin**. Hans två huvudteser var:
"1. Organismen har i seg selv krefter til å bekjempe sykdom. 2. Årsaken til alle sykdommer er at dislocerte knokler, abnorme ligamenter eller kontraherte muskler - särlig i ryggen - utöver ett mekanisk trykk på blodårer og nerver, et trykk som dels fremkaller ischemi og nekrose, dels obstruksjon av 'livssaften gjennom nerverne'"(Schiötz 58).

---

3. När vi i det följande refererar till manipulationsbehandlingens historik så är det när inte annat är framfört Schiötz (58) som vi refererar till.

Man talar om den "osteopatiska lesionen", som alltså enligt den tidiga osteopatin kunde vara orsak till all sjukdom. Osteopatin integrerade dock mer och mer skolmedicinska element i sin teori, och blev därför mindre och mindre kontroversiell för den etablerade medicinen. Detta medför, (British Medical Association 86) att en annan alternativ skola uppstår nämligen **kiropraktiken**.

Det är autodidakten och den f d handelsmannen och magnetisören Daniell David Palmer (1845-1913) som 1897 grundar en kiropraktorskola. Även Palmer - som möjligen var initierad i de hippokratiska/galenska skrifterna - menade att kiropraktik kunde hjälpa mot alla sjukdomar.

Under det att man inom osteopatin talade om den "osteopatiska lesionen" så talade man inom kiropraktiken om **subluxation** av bl a intervertebralleden, medförande kompression av bl a hålrummen mellan kotorna (foramen intervertebrale) och därmed skador på nerver, blod- och lymfkärl. Genom så kallade **manipulationsgrepp** menade sig kiropraktorerna kunna påverka eller bota inte bara förändringar och smärttillstånd i ryggen, utan även endokrinologiska funktioner och förändringar i inre organ mm[4].

Både osteopatins och kiropraktikens teoretiska förutsättningar anses vara helt oförenliga med en klassisk- medicinsk, teoretisk referensram. Några av de största stötestenarna har varit begrepp som subluxation som generell sjukdomsorsak och manipulationsbehandling som ett generellt botemedel. Det finns försök att experimentellt motbevisa de kiropraktiska teorierna (Crelin 73).

Motståndet emot speciellt kiropraktorerna har varit mest uttalad i USA där kiropraktorer och osteopater är mycket rikt representerade (Ottenbacher 85). Det amerikanska läkarkförbundet tar således i mycket skarpa ordalag avstånd från hela den kiropraktiska verksamheten, eftersom man anser att en ovetenskaplig teori också gör den praktiska verksamheten ogiltig (Ugeskr Laeger 69). Det är antagligen förekomsten av en obegriplig teori som är den egentliga orskaen till att man även idag benämner kiropraktiken som alternativ. Det förhållandet att dokumentationen av behandlingeseffekten hittills har uppfattats som suboptimal (Goldie 86) är inte tillräckligt skäl att rubricera teknologin som alternativ. Om man ex vis inte hade haft en modern neurofysiologisk teori som förklarade akupunkturbehandlingens effekter, så kan man ställa frågan om socialstyrelsen skulle ha godkänt akupunktur som smärtbehandling. Frånvaron av begripliga och närvaron av obegripliga teoretiska förutsättningar kombinerade med svårigheterna att metodologiskt värdera effekterna av manipulationsbehandling är sannolikt det som gör det svårt att acceptera denna behandlingsform. Manipulationsbehandlingens vetenskapliga status är fortfarande föremål för diskussion (Widman 86, Hemborg 86, Goldie 86, Rosendal 86, Löwgren 86, Brodin 86).

Ottenbacher et al (85) har visat att undersökningar om manipulationsbehandling publicerade i amerikanska tidskrifter har generellt mindre effekt än undersökningar publicerade i andra engelskspråkiga tidsskrifter. Detta kan dels vara uttryck för det vi senare ska komma in på, nämligen bias och dels att det i USA möjligen finns förutfattade meningar om manipulationbehandling som även påverkar utformningen, genomförandet och tolkningen av vetenskapliga undersökningar när det gäller manipulations-behandling.

---

4. Grenar av den moderna kiropraktiken sådan som den t ex är representerad i Sverige idag (Dr of Chiropractic) poängterar att man inte längre delar dessa ursprungliga teoretiska förutsättningar (Löwgren 79). I den engelska rapporten (BMA 86) hänvisar man till att det inte längre finns någon skillnad på ortopedmedicinska (Maigne) och den moderna kiropraktikens beskrivning av manipulationsgreppsbehandling.

Exemplet Semmelweis.

1847 introducerade den ungersk-österrikiska läkaren Ignaz Semmelweis en ny medicinsk teknologi, en procedur för "desinfektion" med klorkalkvatten. Denna procedurs betydelse för det minskade antalet döda i barnsängsfeber var epokgörande, eller rättare, den blev det efter ungefär 20 års väntan (Fåhraeus 70). Trots att resultatet från undersökningen av procedurens effekt, även utan statistisk bearbetning var omedelbart evident, så var dessa empiriska "rådata" ändå inte tillräckliga för att Semmelweis' innovation omedelbart skulle accepteras (Fåhraeus 70 och Gotfredsen 48).

Semmelweis hade tagit intryck av vissa händelser och framlade mot bakgrund av dessa hypotesen att läkare och läkarstuderande via undersökningar av lik fick likämnen på sina händer och överförde dessa likämnen till gravida och födande kvinnor med resultat att kvinnorna dog i barnsängsfeber (Sinclair 1909).

Semmelweis hade på olika sätt uteslutit andra tänkbara variabler (epidemier, omvårdnadsförhållanden, psykologiska faktorer, förlossningsprocedurer mm) och kunde visa att proceduren med klorkalklösning medförde en minskning av dödligheten från 11,4 % 1846 till 1,27 % efter införandet av proceduren 1848.

Mottagandet av Semmelweis' empiriska data var mycket reserverat för att inte säga totalt avvisande (Sinclair 1909, Gotfredsen 1948). Stötestenen var då knappast av logisk (hypotetiskt deduktiv, Hempel 81) , statistisk eller psykologisk karaktär (Rosing 78). Den egentliga stötestenen var snarare begreppet "likämnen", eller som Semmelweis senare vidgade sin hypotes till, "ruttnande partiklar från levande", som orsak till barnsängsfeber och död.

Den franska vetenskapsakademin "kunde efter grundlig undersökning inte övertyga sig om riktigheten av Semmelweis idéer lika litet som Tysklands ledande patolog Virchow". Den danska professoren i obstetrik Carl Edvard Levy konkluderade 1848 sin uppfattning av Semmelweis' resultat med följande ord: "Hans Anskuelser synes for uklare, hans iagtagelser for flygtige, hans Erfaringer för usikre, til deraf at udlede videnskablige Resultater" (Gotfredsen 48)[5].

På 1850-talet var den generella sjukdomsuppfattningen att sjukdom hade att göra med förhållanden i luften. Man talade om s k "atmosfäriskt kosmiskt-telluriska" förändringar (Gotfredsen 48). Detta innebar bl a att man flyttade runt på de sjuka för att ge dem luftväxling, man vädrade m m. Detta var enligt rådande konsensus den rationella terapi som man hade att erbjuda.

Att tala om "likämnen" som orsak till barnsängfeber föreföll tidens ledande medicinare alldeles för spekulativt och alltså helt i strid med den rådande uppfattningen om sjukdomsorsaker. Semmelweis' hypotes att klorkalkvatten kunde förhindra överförandet av likämnen kunde därför apriori avvisas.

Motståndet mot Semmelweis' innovation hade alltså mer att göra med teoretiska förutsättningar än med de empiriska datas validitet. Dessa förutsättningar gjorde det inte möjligt att ge en rimlig, tillfredsställande tolkning av Semmelweis' data.

---

5. Rudolf Virchows motstånd mot Semmelweis och även senare till mikrobiologin berodde på hans egen medicinska "kosmologi" som inte möjliggjorde föreställningen att det kunde finnas enbart en orsak till sjukdom. Ironiskt nog blev mikrobiologin som medicinsk kosmologi ett hinder för förståelsen av det vi idag talar om som bristsjukdomar. I nästan 40 år koncentrerade man den vetenskapliga uppmärksamheten och intresset på att leta efter mikroorganismer eller toxiner som kunde förklara t ex beri-beri, som åren 1876 - 1883 stod för hälften av alla dödsfall i den japanska flottan (Carter 77).

Accepterandets villkor.

Det skulle gå över tjugo år innan Semmelweis' upptäckt accepterades. Anledningen var då inte heller att man lät sig överbevisas av dessa empiriska data. Anledningen var i stället bl a att Pasteur och Koch genom avgörande experiment hade skapat en **teoretisk** referensram, mikrobiologin (Dubos 64). Härmed fick Semmelweis' tal om "likämnen" och "ruttnande partiklar från levande" plötsligt mening. Det blev möjligt att förstå och förklara Semmelweis' data i mikrobiologiska termer och hans förslag till åtgärd blev därmed rationell.

Poängen är naturligtvis att trots evident empirisk dokumentation så godtogs inte Semmelweis' data. Hans data uppfattades närmast som anomalier. Detta är alltså ett exempel på att oberoende av hur väldokumenterade data är så finns där ytterligare hänsyn att ta, bl a till vissa förutsättningar i det vetenskapliga samhället. Dessa förutsättningar kan vara förankrade i den generella teorin eller om man vill, kosmologin (jmf fotnot 1). Data om manipulationsbehandling har emellertid inte samma grad av evidens som Semmelweiss' data hade. Situationen är närmast analog med den som akupunkturbehandlingen befann sig i innan man fick en begriplig teoretisk förklaring till den smärtlindrande effekten. I rapporten till socialstyrelsen om akupunkturbehandling (Andersson och Carlsson 82) finns en klar betoning av de experimentella och teoretiska övervägandena.

En ny generell teori om manipulation.

I maj 1986 kom från British Medical Association (BMA) en rapport "Alternative Therapy" där man bl a tar upp frågan om manipulation. Eftersom denna rapport skildrar historiens första officiella försök att mot "skolmedicinsk" bakgrund presentera en övergripande teori om bakomliggande mekanismer, ska vi ägna den engelska rapportens avsnitt om manipulation speciell uppmärksamhet. På samma sätt som mikrobiologin gav möjlighet att förklara och omtolka Semmelweis anomalier, "likämnen" och "ruttnande partiklar från levande", så kan den av BMA presenterade övergripande teorin ge möjlighet att förklara och omtolka bl a kiropraktorernas tidigare begrepp som t ex **subluxation**[6].

Den engelska rapporten.

Rapporten slår fast att:

- Den ortodoxa medicinen ser på manipulationsbehandling som en av många olika metoder att behandla muskuloskeletala förändringar.
- Manipulation används enbart till behandling av **smärta** förorsakad av **mekaniska** förändringar i ryggraden. Man talar om **referred pain** som möjliggör en förklaring av "missuppfattningen" att förändringar i ryggen kan orsaka smärta (sjukdom) i inre organ och att dessa "sjukdomar" i sin tur kan botas med manipulation.

Mekanismerna.

Förändringar (inklusive "normala" varianter på ohälsosamma kroppshållningar), överbelastning, trauma mm i ryggraden registreras via speciella sensoriska nervreceptorer:

1) Mekanoceptorer som finns i ryggmusklerna, i ligament, ledkapslar, fettkuddar (som finns i olika intervertebralsegment) och i huden är tidigare beskrivna.
2) Nociceptorer, dvs smärt-receptorer med nervändar i ligament, hud, ledkapslar och fettkuddar. Nociceptorerna reagerar också på **kemiska** stimuli från t ex nerbrytningen av celler (t ex som följd av traumer, ischemi och inflammationer). Av kända kemiska substanser finns histamin, plasmakininer, bradykinin samt leukotrinerna och prostaglandinerna.

Stimulation (t ex beröring) av nociceptorerna medför t ex en avvärjande reaktion. När stimulationen ökar och irritationströskeln överskrids tolkar hjärnan signalerna som smärta. Härefter inträder centralt hämmande, modulerande reflexer.

---

6. Det finns i vetenskapshistorien många exempel på att gamla till synes oförenliga data eller begrepp har kunnat infogas i nya teorier (Kragh och Pedersen 82).

Sensoriska receptorer blev först beskrivna av Ruffini 1892 och de reglerande och modulerande "feed back"-mekanismerna beskrevs 1930 av Sherrington. Men det är först med upptäckten 1975 av de så kallade naturligt förekommande analgetiska peptiderna i hjärnan (de endogena opiatsystemen bl a de så kallade endorfinerna) som man får möjlighet till förståelse av smärtmoduleringens mekanism. Man tänker sig att nociceptiva nerver via basala spinal-kärnor frigör en peptid transmittor, kallad substans P (proportionellt till Pain signalflödet). Enkephalinerna (en typ av endogena opiater) hämmar frigörelsen av substans P på så sätt att det mottagande neuronet blir mindre stimulerat, vilket får till följd att det sänds färre smärtimpulser till hjärnan. Man vet att mängden av frigjort enkephalin är proportionellt mot mekanoceptor-genererade stimuli. Dessutom kan frånvaron av peptidas, ett enzym som nedbryter enkephalinerna, ge smärtlindring i timmar.

Dvs **allt** som stimulerar mekanoceptorerna kan modulera smärtintensiteten och därmed smärtupplevelsen. Stimulation av mekanoceptorer kan således utan särskiljning göras med massage, mobilisering, manipulationsgrepp, lågfrekvent TNS (och akupunktur), vibrator behandling m.m. Med andra ord, behandlingen är under alla omständigheter ospecifik och det är därför i det närmaste omöjligt att **objektivt** bedöma 1) vad manipulatören gör och 2) vad man egentligen har åstadkommit på patienten annat än en ändrad smärtupplevelse. I rapporten pekar man därför på att man måste utvärdera de olika behandlingsprocedurerna empiriskt med förslagsvis randomiserade, kliniskt kontrollerade undersökningar. Man konstaterar att sådana undersökningar ej finns.

Avslutningsvis betonar man att även om man inte känner till alla typer av endogena peptider har man dock **inte** funnit evidens för att manipulation har effekt på annat än **smärtlindring**. Ingen substans har identifierats som kan underbygga teorin om manipulation som generell sjukdomsbehandling.

Kommentar till den engelska rapporten.

Med mikrobiologins genombrott får vi med ett slag en möjlighet att förklara varför klorkalkvatten är en rationell åtgärd i förbyggandet av barnsängsfeber. På samma sätt har vi nu fått möjlighet att neurokemiskt förklara varför manipulationsbehandling (oberoende av typ) har effekt vid olika smärttillstånd i ryggen.

Även om begreppet subluxation i rapporten avvisas så finns det möjlighet att omtolka och förklara begreppet med neurokemiska termer, t ex som en ensidig nociceptorstimulation.

Även om man säger

1) att man inte har funnit evidens för att manipulation har effekt på annat än smärta och
2) att ingen substans än så länge har identifierats som kan underbygga teorin om manipulation som generell sjukdomsbehandling,

så säger man dock samtidigt att man inte har identifierat alla endogena peptider. Man utesluter alltså inte möjligheten att det kan finnas endogena peptider - eller andra substanser - som spelar rollen som "dold variabel", vilken via manipulation skulle kunna påverka specifika inre organ.

I de kiropraktiska teorierna diskuteras subluxation bl a som en energiblockering, som man med manipulation kan justera. Även sådana beskrivningar skulle kunna omtolkas i neurokemiska termer. Peter Löwgren har redan försökt att omtolka den gamla kiropraktiska teorin i nya termer (79). Han påpekar t ex att det finns sensoriska mekanoceptorer i ledkapslar och att manipulationsgreppets specifika effekt både kan vara av mekanisk och sensorisk karaktär.

En invändning mot det teoretiska resonemang som förs i BMA rapporten skulle kunna vara att den kvardröjande effekten av mekanoceptorstimulationen möjligen är tidsberoende. Eftersom manipulationsgreppsbehandlingen är en ultrakort intervenering så skulle denna behandlingsmetod enligt detta resonemang vara sämre än ex vis bindvävsmassage.

Definitoriska konsekvenser.

Icke-kirurgiska behandlingsmetoder omfattar såväl medikamentell behandling (inklusive injektion) som elektroterapi, beteendeterapi och fysikalisk behandling eller manipulation. Det finns en del definitionsmässiga problem vad gäller begreppet "manipulation" såväl i Sverige som internationellt (Deyo 83).

En mycket bred definition av manipulationsbehandling är att den omfattar
a) mobilisering,
b) massage (inklusive naprapati),
c) manipulationsgrepp,
d) traktionsbehandling och
e) olika former av värmebehandling
f) korsett och
g) aktiva övningar i samband med ryggskola.

Denna definition är aktuell och relevant om vi använder den engelska teoretiska referensramen för att acceptera en manipulationsbehandling där även TNS och eventuellt akupunktur kan rymmas. Enligt denna referensram kan nämligen alla dessa mer eller mindre specifika behandlingar tänkas utlösa de neurofysiologiska processer som svarar för bl a endorfinfrisättningen. Det blir mot denna bakgrund enbart av betydelse att principiellt skilja mellan medikamentell-, operativ- och manipulationsbehandling. Alla dessa metoder har enligt den generella teorin effekt. Kvar finns enbart frågan vilken enskild metod som är den bästa med hänsyn tagen till effekt, säkerhet och kostnad.

Har vi däremot ingen teoretisk överbyggnad tillgänglig kan de enskilda manipulativa metoderna uppfattas som principiellt skilda. Manipulationsgreppet är det som mer eller mindre uttalat är det kontroversiella momentet i manipulationsbehandling, eftersom det är det som i en eller annan form även används av kiropraktorer och osteopater. Det finns flera olika manipulationsgrepp (ad modem Maigne, Maitland, pelvic twist mm)[7]. Vilka som används av kiropraktorer och vilka som inte används är av betydelse för urvalet av de undersökningar som ligger till grund för vår värdering av manipulationsbehandling. **När vi i det följande använder oss av termen manipulationsbehandling så syftar vi enbart på olika manipulationsgrepp.** Det finns ingen litteratur om den specifika omhändertagandeeffekten som är jämförbar med den effekt som kiropraktorer åstadkommer.

Konsekvenser för tolkningen av tidigare undersökningar om manipulation.

I en kontrollerad undersökning jämför man en hypotetisk aktiv behandling mot en hypotetisk icke-aktiv behandling. Denna förmodade icke-aktiva behandling antar man vara identisk med det förlopp den studerade sjukdom skulle ha om patienten inte hade fått någon behandling - man talar om spontanförloppet. Där är dock enbart fråga om ett försök att imitatera spontanförloppet eftersom man vet att man kan uppnå en viss behandlingseffekt enbart genom en intervenering med en s k skenbehandling (jfr den tyska beteckningen "scheinmedikament"). Effekten av denna skenbehandling brukar man benämna placeboeffekt (Brody 85). Det är dock skillnad på utvärderingar av å ena sidan farmakologiska medel och å andra sidan kirurgisk eller fysikalisk terapi. De sistnämnda medför alltid en påtaglig intervenering som inte kan jämföras med spontanförloppet.

---

7. Manipulationsgreppet beskrivs i engelska rapporten (Maigne) som en specifik kraftig rörelse applicerad direkt eller indirekt på den aktuella leden, efterföljd av ett knäppande ljud. Man preciserar att greppet är a) icke upprepbart (i motsättning till mobilisering och massage), b) det är riskfyllt, c) det ger snabb effekt och d) behandlingen förutsätter diagnos.

Med den engelska rapportens teoretiska grundantaganden blir valet av skenbehandling kontroversiellt. Det har nämligen i ljuset av rapporten i många fall varit specifik behandling. Eftersom man dessutom numera talar om placeboeffekt i termer av endorfiner så försvåras möjligheten att skilja mellan specifik och skenbehandling. Förutsättningarna för att bedöma kontrollgrupperna ändras.

Konsekvenser för den framtida forskningen.

Den i rapporten från British Medical Association skisserade teoretiska plattformen ger oss möjlighet att beskriva manipulationsbehandlingens mekanismer i neurofysiologiska termer och det skulle kunna medföra att manipulationsbehandlingen kanske kan studeras i en mer avslappnad anda. Man kan förvänta sig att det möjligen kan få betydelse för den paradigmatiska och psykologiska "bias" i en kanske mer positiv riktning. Men om det nu visar sig att dessa teoretiska antaganden är felaktiga eller har begränsad giltighet och kanske inte kan tillämpas på manipulationsbehandling generellt så kan det få negativa konsekvenser för forskningen inom detta område. Man förs, så att säga, in på ett blindspår (Barber 61).

Innan vi värderar den övriga studerade litteraturen ska vi redovisa generella problem i förbindelse med tillämpningen av kliniskt kontrollerade undersökningar på den medicinska teknologin manipulationsbehandling.

Den randomiserade kliniskt kontrollerade undersökningen.

Den kliniskt kontrollerade undersökningen är en metodologisk procedur som bör tillämpas där det är möjligt (Chalmers 81). Den har i många kliniska sammanhang blivit ett sätt att avgöra om ett klinisk problem är vetenskapligt eller ej. Det har därför i den kliniska medicinen funnits en tendens att försöka tillämpa den kontrollerade undersökningen på kliniska problem, där den inte är tillämpbar (Feinstein I 83, Wulff 82). I den samlade rapporten till Alternativmedicinkommittén ska vi i samband med redovisningen av placebofenomenet förtydliga några av dessa problem.

Det finns vissa basala villkor som måste vara uppfyllda för att en randomiserad, kliniskt kontrollerad undersökning skall vara tillämpbar och för att det ska bli möjligt att dra slutsatser från en sådan undersökning (Brorsson och Wall 84). Vi ska här se närmare på några av dessa villkor som har betydelse för tillämpningen av den kontrollerade undersökningen på olika manipulationsbehandlingar.

1. Hypotesformulering.

Det måste alltid finns en grupp som ge en preciserad och helst en behandlingsform som ska jämföras med en kontrollgrupp som i bästa fall får en skenbehandling (Feinstein II 83)[8].

Förutom att det i flera av de studier vi ska se närmare på ingår flera olika teknologier som man jämför samtidigt, så finns hypotesen som ska testas sällan explicit formulerad. Vi ska poängtera att om en undersökning inte visar signifikans, så kan man inte uttala att teknologin är verkningslös (Andersen 82, Juhl 82).

---

8. Vi ska inte utveckla hypotesformulering i termer av noll- och mothypotes, ej heller precisera typfel.

2. Patienturvalet.

Det tillstånd som blir föremål för undersökning ska vara **väldefinierat** (Greenland 80, Raskob 85, Di Fabio 86). Ett smärttillstånd i ryggen är ett icke-väldefinierat tillstånd. Med specifika smärttillstånd i ryggen menar ortopedkirurger vanligen ett väldefinierat diskbråck. Denna diagnos kan definitivt bara ställas vid operation. De patienter som blir föremål för operation är en relativt liten del av det samlade antalet patienter med smärttillstånd i ryggen. När det gäller det stora antalet patienter med icke väldefinierat smärttillstånd i ryggen talar man om nonspecifika smärttillstånd.

Hos alla patienter är det allt övervägande kliniska symptomet emellertid **smärta**. Om operationsverifierat diskbråck är det enda tillstånd där ortopedkirurger kan tala om ett specifikt tillstånd så har vi alltså i de flesta fall inga specifika förändringar eller diagnoser. Eftersom smärtan också är det som bestämmer och i viss mån definierar funktionsinskränkningen (Spangfort 85) så måste ortopedkirurgerna alltså gå efter symptomet smärta. Effektbedömningen problematiseras av att t ex ortopediska medicinare och kiropraktorer menar att man kan ställa mera preciserade diagnoser på olika smärttillstånd i ryggen och även inrikta en specificerad behandling härefter (Brodin 79, Löwgren 79).

Om en teknologi inte visar någon signifikant effekt jämfört med kontrollgruppen kan det bero på att antalet försökspersoner är för litet. Man har i en undersökning (Meade 86) pekat på att antalet försökspersoner som ska ingå i en acceptabel undersökning av kiropraktisk manipulation av lumbala smärttillstånd bör uppgå till ungefär 2000 patienter.

3. Stratifiering.

Urvalet ska vara representativt för det tillstånd man vill undersöka. Frågor som ålder, kön, sjukdomslängd och mer eller mindre preciserade tillstånd är aktuella. Frågan om vem som företar urvalet blir aktuell. För icke ortopedkirurger - t ex ortopediska medicinare och kiropraktorer - är det kanske möjligt att tala om flera olika specifika förändringar med olika lokalisation. Om man önskar att undersöka effekten av t ex manipulationsgrepp så är det viktigt att det är en professionell "manipulatör" som deltar i inklusion- och exklusionsbedömningen också för en eventuell undergruppering av patientmaterialet (stratifiering).

Där kan vara speciella professionella kunskapsformer som ingår i bedömningen av en ryggpatients lämplighet för manipulation, som inte har att göra med explicita kontraindikationer. Kiropraktorer t ex, provbehandlar alltid patienter innan man bedömer en patient som lämplig för manipulationsbehandling (Löwgren 79, Buerger 80).

På samma sätt som en gammal erfaren kirurg (Gerdes 86) har en "känsla" för när en patient är motiverad och när en patient kanske bara tillsynes är motiverad och inriktar sin operationsaktivitet efter detta, så besitter den erfarna kiropraktoren kanske kunskap om en patients lämplighet för manipulationsbehandling som den icke-vana manipulatören inte besitter. Denna kunskapsform kallas tyst kunskap (Polanyi 67, Johansson 84, Coulehan 85). Det är en kunskap som är svår att förmedla, i alla fall i rent kirurgiska eller medicinska termer.

I flera undersökningar betonar man att det finns en icke identifierbar grupp patienter som sannolikt lämpar sig speciellt för manipulationsbehandling (Glover 74, SimsWilliams 78, Zylbergold 81, Godfrey 84). Man efterlyser prognostiska variabler med vilka man på förhand kan identifiera dessa patienter. Enbart i en undersökning har man tagit hänsyn till dessa förhållande och gjort frågan till föremål för en speciell undersökning (Buerger 80). Om t ex kiropraktorerna och ortopediska medicinare har en sådan kunskap av mer eller mindre tyst karaktär så vore det intressant att ha med dessa dimensioner vid diagnostiseringen och undergruppering av urvalet av patienter till ett kontrollerat försök. I annat fall kan man jämföra det med att behandla alla som har huvudvärk med ett migränmedel för att först därefter undersöka effekten av migränmedlet (Fisk 79).

4. Randomisering.

När urvalet av patienter är klart så ska patienterna fördelas i helst två grupper. En grupp som får verklig behandling och en som får skenbehandling. Detta för att skilja realeffekt och placeboeffekt, om man inte jämför olika hypotetiskt likvärdiga behandlingar. I syftet att hålla undersökningen "kontrollerad" måste fördelningen ske oberoende av patientens och undersökarens (eller behandlarens) eventuella önskemål. Man kan därför använda sig av ett speciellt slumpschema för uppdelning i olika grupper (Brorsson och Wall 84). Har fördelningen skett efter en sådan slumpprincip talar man om att försöket är randomiserat. Detta förfarande används för att få antagna men okända faktorer lika fördelade på båda grupperna. Icke randomiserade undersökningar kan ge anledning till en snedvridning av resultaten som man kallar randomiseringsbias (Ottenbacher 85, Forrest 85).

5. Behandling.

När man har fördelat patienterna efter en randomiseringsprincip, ska patienten ha antingen aktiv behandling eller skenbehandling eller annan jämförande behandling. Båda dessa behandlingar måste för det första standardiseras så att man vet vilken intervention man har undersökt. Detta är apriori omöjligt eftersom manipulationsbehandling enligt professionella manipulatörer är individuell. Enbart skenbehandlingen kan standardiseras.

Rotations-behandling som använts i flera undersökningar anses av kiropraktorer som en grov form av manipulationsbehandling och fungerar ungefär som ett bredspektra antibiotikum. Det är alltså viktigt att precisera vilken behandling som ges med vilken styrka och vem som ger behandlingen.

6. Skenbehandling.

Den kliniskt kontrollerade undersökningen är kontrollerad om ovidkommande parametrar är under kontroll. I detta sammanhang anspelas på klassiska naturvetenskapliga experiment där man undersöker ett system genom att manipulera med en variabel och hålla andra under kontroll. Att det finns en kontrollgrupp att jämföra behandlingsgruppen med är inte tillräckligt för att man ska kunna kalla undersökningen för kontrollerad. Det finns nämligen en del "ovidkommande" variabler som man inte kontrollerar genom randomiseringsförfarandet. Det gäller undersökningar av människor företagna av människor. Olika (positiva och negativa) förväntningseffekter kan påverka ett försöksutfall på ett sätt som gör resultatet ohållbart.

Några av de patienter som får skenbehandling blir i vissa fall bra. Detta kan antingen bero på att spontanförloppet dvs ett tänkt sjukdomsförlopp utan intervention blev sådant, eller att patientens förväntan att bli bra pga skenbehandlingen medförde att han/hon blev bättre. Man talar i det sistnämnda fallet om **placeboeffekt**. Det omvända kan också vara fallet och man talar då om negativ förväntanseffekt eller nocebo (Hahn 85). Dras placeboeffekten från totaleffekten får man ett uttryck för det man benämner som realeffekten (Lindahl 79). Om den avsedda skenbehandlingen dessutom skulle visa sig interferera med den specifika effekten och därmed vad man vill mäta, så är det inte längre tal om skenbehandling och det är tveksamt att benämna undersökningen som kontrollerad.

7. Blindhet.

För att placeboeffekten ska bli jämförbar i båda grupperna, talar man inte om för patienten vilken typ av behandling patienten får, man säger att patienten blindas. Är inte heller den som behandlar eller värderar behandlingseffekten medveten om vilken behandling som ges så talar man om ett s k dubbelt-blint försök och möjligheten att positiv eller negativ förväntningseffekt ska förvrida försöksutfallet är härmed minimerat. Genom detta förfarande tar man hänsyn till den s k psykologiska **bias**.

Om det finns överordnade teoretiska grundinställningar (Pedersen 80) som påverkar både förundersökarens attityd, behandlarens entusiasm, observatörens tolkning och presentationen av resultaten och detta medför en generell förvridning av försöksresultaten så kan man efter vår bedömning även tala om paradigmbias. Vid kirurgiska behandlingsmetoder eller fysikaliska procedurer som t ex manipulationsbehandling, så är svårigheterna närmast oöverstigliga när det gäller att hålla undersökningen dubbel-blind. De flesta randomiserade undersökningar har således därför varit enkel-blindade. I de flesta fall har man försökt hålla patienten ovetande om vilken typ av behandling som han/hon har fått. Men också detta är svårt. Behandlaren tar med nödvändighet i patienten och eftersom en stor del av den interpersonella kommunikationen försiggår som icke-verbal så är risken stor att behandlaren förmedlar sin grundattityd just icke-verbalt (Byrne 80, Dimattio 80). Detta är kanske speciellt aktuellt om behandlaren är icke-professionell vilket ökar risken för att behandlingen inte blir optimal. Även detta kan påverka försöksresultaten (Moritz 79, NZ rapport 79).

Har patienten haft ryggbesvär tidigare kan han/hon också ha erfarenhet av behandlingar och kan på det viset ha en mycket klar uppfattning om olika behandlingsformers effekt och härmed forma sina förväntningar (Moritz 79). Att 'blinda' behandlaren är alltså omöjligt och att hålla patienten 'blind' för behandlarens hållning är svårt. Patienten kan således i många fall direkt identifiera vilken behandlingstyp han/hon utsätts för.

Om ett kliniskt kontrollerad försök ska vara forskningsetiskt acceptabelt så måste försökspersonen åtminstona ha information om att han/hon ingår i ett försök där det både ges (hypotetiskt) verklig behandling och evt. skenbehandling. Detta kan göra patienten uppmärksam/misstänksam mot den behandling han/hon mottar. Detta kan i sin tur medföra ökad psykologisk bias. Ambitionen att utveckla undersökningar som är dubbelblinda är således aktningsvärd, men kan också medföra att undersökningen blir okontrollerad i andra avseenden (Sloop 82).

8. Observationer.

Om det är en annan person än den som behandlar som värderar behandlingsresultatet kan observations-bias möjligen minskas.

Observation är dock behäftad med stor osäkerhet både när det gäller observationen som sådan (Koran 75, Rosenthal 66), men kanske speciellt när det gäller värderingen av en fysikalisk terapi eftersom observatören medvetet eller omedvetet kan identifiera vilken form av behandling som givits. Patienten kan råka berätta om förbättringar eller försämringar som direkt eller indirekt refererar till den givna behandlingen. Eftersom bedömningen av en patient med olika former av smärtor i ryggen dels innefattar en bedömning av funktionstillståndet före och efter interventionen och dels en bedömning av smärtnivå, så finns det stort utrymme för subjektiva värderingar och godtycke. Feinstein (79) och van der Linden (85) har i sådana situationer rekommenderat att ha med mer än en observatör/bedömare, om inte patienten själv är den bästa bedömaren. En funktionsnedsättning som resttillstånd är kanske något som bedömaren fäster sig vid medan den subjektiva upplevelsen av ökad funktion för patienten hänger nära samman med smärtlindring/smärtfrihet (Spangfort 85). Det ska påpekas att just smärttillstånd är mycket placebokänsliga.

Olika smärtillstånd i ryggen är för det mesta akuta och i de flesta fall har de ett benignt spontan-förlopp. Om man ska värdera effekten av manipulationsbehandling som en snabbt verkande behandling så måste man värdera effekterna av behandlingen med hänsyn till ett rimligt tidsperspektiv.

9. Bortfall efter randomisering.

Ju färre patienter som finns med i undersökningen ju känsligare är den statistiska beräkningen för bortfall efter randomisering (Boag 71). Inte sällan avbryter patienter behandlingen därför att de blir bra och uteblir även från efterkontroll.

10. Resultat.

Resultatet ska kommenteras i relation till ovanstående punkter.

Den kontrollerade undersökningens begränsning.

Den kliniskt kontrollerade undersökningen har fördelen att vara en rent empirisk metodologi som tillåter effektvärdering av både teoretiskt välgrundade hypoteser och rent empiriska iakttaganden (black box-modeller). Men man får komma ihåg att den kliniskt kontrollerade undersökningen är ett trubbigt instrument med begränsat tillämpningsområde (Feinstein II 83, Tygstrup 74). Värdering av manipulationsbehandling med denna teknik är en mycket approximativ "affär" i gränslandet för dess tillämpbarhet.

Kraven på just kliniskt kontrollerade undersökningar har emellertid ofta uttryckts när det gäller värderingen av manipulationsbehandling (Di Fabio 86, Moritz 79, Raskob 85, Deyo 83, Greenland 80, Nachemson 79, Meade 86 och Godfrey 84, BMA 86), och vi skall i det följande bedöma ett antal sådana studier.

Material och urvalskriterier.

Till grund för vår värdering har vi haft litteratur som är sökt via Medline och Swedmed med sökorden: manipulation, ortopedic, chiropractic, osteopatic. Vi har haft hjälp av Erik Spangforts databas och fått det s k "kanadensiska materialet".

Vi har utgått från en indelning av litteraturen i:

I) Review-undersökningar, dvs litteratur om och värdering av manipulation.
II) Kontrollerade undersökningar.
III) Komplikationer till manipulationsbehandling.
IV) Det kanadensiska materialet.

Ad I) Denna typ av litteratur kommer vi inte att redovisa i något speciellt avsnitt. Det finns hänvisningar till litteraturen under övriga avsnitt.

Ad II) Kliniska undersökningar har vi valt ut efter följande kriterier:
1) randomiserade
2) kontrollerade
3) undersökningar där manipulationsmomentet liknar det som kiropraktorer utför. Detta är också samtidigt de undersökningar som oftast referas. Det rör sig om undersökningar omfattande manipulation av länd- och delvis bröstrygg.

Från föregående avsnitt kan vi summera våra bedömningsgrunder som följande:

1) Hypotesformulering: entydig/explicit/implicit.
2) Patienturval: inklusions-exklusionskriterier väldefinierade? Vem företar urvalet? Antal före randomisering?
3) Stratifiering (undergruppering)
4) Randomiseringsförfarande.
5) Behandlingstyp. Standardisering/individualisering. Vem ger behandling?
6) Typ av skenbehandling (aktiv eller inaktiv). Hur många jämförande variabler (behandlingsformer) finns med?
7) Blindhet: Patient/behandlare/observatör.
8) Observation/värdering: Vem, vad och när?
9) Bortfall efter randomisering.
10) Resultat.

Vi ska härefter redovisa de enskilda undersökningar:

Glover (74)

1) Hypotesen entydig, men inte explicit.

2) Urvalet grovt. Som inklusionskriterium anger man smärttillstånd i ryggen från underkanten av skulderbladet till nedersta delen av korsbenet. Lämplighetsbedömning företogs enbart i relation till exklusionskriterier. Författarna företog urvalet. Av 200 personer ingår 84 i studien.

3) Försökspersonerna indelas i en grupp som inte tidigare har haft ont i ryggen och en grupp som tidigare har haft besvär. Dessa två grupper delas ytterligare in i en grupp som har haft besvär i mindre än en vecka och i en grupp som har haft besvär i mer än en vecka.

4) Randomiseringsförfarandet är acceptabelt.

5) Behandlingen är standardiserad. Det rör sig om rotationsmanipulation, vilket är en grov manipulationsteknik. Vem som utför manipulationen framgår inte, men det är antagligen en av författarna.

6) Kontrollgrupperna får alla som skenbehandling kortvågsbehandling med nedskruvad (detuned) effekt. Skenbehandlingen måste sägas vara inaktiv även i relation till BMAs hypotes om verkningsmekanismer.

7) Man har haft en sjukgymnast som blindad observatör. Möjligen har även patienten varit omedveten om vilken behandling som var aktiv och inaktiv.

8) Sjukgymnasten registrerar patientens bedömning av smärta efter behandling efter skalan "bättre", "samma", "värre". Kontrollerades omedelbart efter behandling, 3 dagar efter och 7 dagar efter.

9) Bortfall inte beskrivet.

10) I gruppen som hade haft besvär för första gången och i mindre än en vecka visade sig manipulationsbehandling vara signifikant överlägsen skenbehandling omedelbart efter behandlingen. Efter 3 och 7 dagar fanns inte längre någon skillnad. Även i de övriga grupperna förelåg tendens till bättre omedelbar effekt vid manipulationsbehandling.

Kommentar: Positiva inklusionskriterier har inte använts, behandlingsmetodiken är grov liksom avgränsningen av smärtområden. Huruvida de som utfört manipulationen var professionella finns inga upplysningar om. Resultaten bedöms som tillförlitliga men visar en minimieffekt.

Doran (75)

1) Hypotesformuleringen är implicit. Man jämför flera olika icke-operativa metoder vid ryggbesvär, manipulation, fysioterapi, korsett och smärtstillande piller.

2) Det finns inga positiva inklusionskriterier specifikt i relation till den beskrivna manipulationen. Inklusionskriterier 20-50 år, smärttillstånd i lumbalregion och lämplig för behandling med en av de fyra former som jämförs. 456 patienter inkluderas. Sju centra ingår. Vem som företar bedömningarna framgår ej.

3) Ingen subgruppering.

4) Randomiseringsförfarandet ej beskrivet.

5) Behandlingstypen när det gäller manipulationsbehandlingen är ej standardiserad. Man inkluderar alla former för manipulation, exklusive sjukgymnastik och korsett. Dvs mobilisering och djup bindvävsmassage mm ingår. Var skillnaden går mellan sjukgymnastik och manipulation som beskrivits här är oklar. Dessutom försiggår behandlingen på 7 olika ställen och det är godtyckligt för den enskilda behandlaren att välja typ.

6) Någon skenbehandling finns ej med. Jämförelsen sker med andra aktiva metoder. Försöket är således enbart kontrollerat i den meningen att det är randomiserat och blindat.

7) Det fanns två bedömare, en erfaren behandlare och en koordinerande sjukgymnast på alla centra. Patienterna var ombedda att inte berätta för undersökaren vilken behandling som getts (10% råkade ändå identifiera den givna behandlingen). Blindheten diskutabel.

8) Både patienten och observatören skattar smärta respektive rörlighet mm. Bedömningstidpunkter: 3 veckor, 6 veckor och 3 månader efter behandling. Dvs man bedömer inte den omedelbara effekten som enligt Glover (74) är den mest intressanta.

9) 68 patienter (15%) faller bort. Av dessa kommer 40 från manipulationsgruppen, varav 26 inte ville vara med eftersom de hade blivit bättre.

10) Man finner ingen signifikant skillnad mellan grupperna, förutom en tendens att "piller"-gruppen skulle vara lite sämre än de andra. Man framhåller att manipulationsbehandlingen visade tidig effekt i några få fall. Dessutom kommer man fram till att det inte finns någon anledning att fortsätta manipulationsbehandlingen (vilken typ det än rör sig om) om inte patienten reagerar snabbt: en konklusion som stöder förslaget att provbehandla. Man har inte genom denna undersökning kunnat identifiera prognostiska variabler som kan identifiera de patienter som skulle vara speciellt lämpliga för manipulation.

Kommentar: Undersökningen visar ingen effekt annat än i starka fall.

Evans (78).

Förutom att mäta effekten av manipulationsbehandling har denna studie som syfte att identifiera det "ryggsmärtesyndrom" som med stor fördel kan göras till föremål för manipulation. Man använder sig av en crossoverteknik, dvs man har två grupper som behandlas med två olika behandlingstekniker i två olika perioder. Patienterna är sina egna kontroller där dosen smärtlindrande medicin används som mått på smärta och smärtlindring.

1) Hypotes entydig men inte explicit.

2) Urvalskriterier grovt sett desamma som Glover (74). Antal 32.

3) Ingen undergruppering för randomisering.

4) Randomiseringsförfarandet enligt lista.

5) Behandlingstyp: Rotationsmanipulation och smärtlindrande medicin (kodeinfosfat). Vem som manipulerar är ej upplyst om.

6) Kontrollgruppen får aktiv medicin.

7) Patienterna för dagbok och skriver upp hur många tabletter de tar samt smärtbedömning efter bestämd skala och det görs dessutom en klinisk bedömning av patienterna. Blindning av patient och behandlare var omöjlig. En observatör kan i slutbedömningen möjligen rättfärdiga att beteckna studien som enkelt blind.

8) Vem som utöver patienten bedömer framgår ej. Bedömningen försiggår över hela perioden (dagbok).

9) Bortfall har inte rapporterats.

10) Den grupp som fick manipulationsbehandling som första sekvens hade signifikant mindre besvär ($P<0.05$) än den grupp som började med smärtlindrande piller. Försöket att identifiera speciella grupper (manipulationsresponders) lyckades inte.

Kommentar: Crossoverförfarandet med aktiva smärtlindrande mediciner visar att manipulationsbehandling som ges tidigt minskar behovet av smärtlindrande medicin. Det omvända är inte fallet, vilket kanske har att göra med att manipulation har bäst effekt omedelbart (jfr resultatet hos Glover (74)).

Rasmussen (79).

1) Hypotesformulering inte explicit, men entydig.

2) Omfattar 20-50-åriga patienter med "low back pain" med besvär mindre än 3 veckor. Remitterade akut från allmänläkare eller rheumatolog. Exklusionskriterier: kontraindikationer mot manipulationbehandling (farlighetsaspekt inte lämlighetsaspekt!). Vem som examinerar, inkluderar och exkluderar framgår inte. 24 patienter ingår.

3) Ingen subgruppering.

4) Randomiseringsförfarandet är ej redovisat.

5) Behandlingen är rotationsmanipulation, dvs den är standardiserad men varken diagnos eller behandling är specifik.

6) Skenbehandlingen består av kortvågsbehandling och är kanske diskutabel i relation till BMA-rapportens antaganden.

7) Det har helt öppet inte varit ambitionen att blinda försöket.

8) Patienten har fyllt i ett standardiserat schema för bedömning av smärta/smärtfrihet och rörlighet. Behandlare och observatör samma person - läkare eller sjukgymnast. Behandlings- och undersökningstid samma 14 dagar.

9) Bortfall inte rapporterat.

10) Resultat: 92 % av patienterna behandlade med manipulation var symptomfria inom 14 dagar. I skenbehandlingsgruppen var enbart 25 % besvärsfria. Signifikant på $p<0,01$ nivån.

Kommentar: Randomiseringsförfarandet och bortfallet är inte redovisat, men om detta är korrekt visar resultatet ganska övertygande en korttidseffekt.

Buerger (80).

1) Hypotesen explicit och entydig. Man vill jämföra manipulationsbehandling och bindvävsmassage. Man vill dessutom värdera erfarna osteopaters möjlighet att bedöma en patients lämplighet för manipulation.

2) 1649 patienter blev bedömda av en erfaren osteopat med hänsyn till lämplighet för manipulation. Av dessa valdes 83 ut som lämpliga. Palpation av paravertebralmuskulaturen är ett positivt inklusionskriterium. Exklusionskriterier är vanliga kontraindikationer plus speciella osteopatiska bedömningar. Den anatomiska begränsningen är inte preciserad.

3) Undergruppering fanns ej med, men man testade också några av dem som hade blivit exkluderade av undersökande osteopat.

4) Randomiseringsförfarandet är ej beskrivet.

5) Rotationsmanipulation var behandlingen. Bredspektrumbehandling. Behandlaren som var erfaren osteopat var inte samma person som förundersökte patienten.

6) Skenbehandlingen bestod i mjuk bindvävsmassage och "medveten handpåläggning" för att ge maximal placebo-effekt. Djup bindvävsmassage borde enligt den engelska rapportens vetenskapliga förutsättningar anses som en aktiv behandlingsform.

7) Patienten är således omedveten om vilken behandling som ges. Denna omedvetenhet kontrollerar man sen genom ett frågeformulär där patienten tillfrågas om vilken typ av behandling han/hon tror sig ha fått. Det visar sig här att också de flesta i gruppen som fått bindvävsmassage tror sig fått manipulationsbehandling.

8) Det är sen den förundersökande osteopaten som undersöker patienten samt patientens egen skattning av sin rörelseförmåga och smärtbeskrivning enligt ett formulär. Studien har således ambitionen att vara dubbelblind. Tidpunkterna man undersöker är omedelbart efter behandling, en timme efter, fyra timmar efter, en dag efter och fyra eller fem dagar efter behandling.

9) Bortfallet är inte beskrivet, men man anför att om en patient i manipulationsgruppen faller ut så försöker man att också exkludera en från andra gruppen. Emellertid är det svårt att få en överblick över hur många patienter som ingår i var och en av de två grupperna. När man lägger ihop de procentavledda siffrorna i enkäten om behandlingstyp så får vi 80 patienter allt som allt, 33 i skenbehandlingsgruppen och 47 i manipulations-behandlingsgruppen. Men när man redovisar ett schema över när smärtupplevelsen upphört är materialet 139 patienter med (95 i manipulationsgruppen och 44 i skenbehandlingsgruppen).

10) Man konkluderar att erfarna manipulatörer (här osteopater) på förhand kan identifiera lämpliga kandidater för manipulation. Även om tiden för bedömningen är kort så är det klart utifrån de presenterade siffrorna att manipulationsbehandlingen är överlägsen massage även om denna är given med maximal placeboeffekt som mål, och bindvävsmassage dessutom kan anses som aktiv behandling. Randomiseringsförfarandet är dock oklart och vi kan inte finna uppgifter på hur många patienter som finns i varje grupp och på hur många som fallit bort och hur många som tillkommit.

Kommentar: Vad gäller den del av undersökningen som redovisar ostepaternas skicklighet att bedöma patienters lämplighet för manipulationsbehandling, så är studien klart och intressant upplagd, men när det gäller redovisningen av effekten är det oklart vilken undersökning man redovisar.

Hoehler (81).

1) Hypotes explicit och entydig. Jämförelse av manipulationsgrupp med bindvävsmassage som kontroll (skenbehandling).

2) Exklusionskriterier: vanliga kontraindikationer, erfarenhet av tidigare behandling, psykiska besvär. Inklusionskriterium: palpatorisk lämplighetsbedömning, oklart av vem, men förmodligen av läkaren. Anatomisk avgränsning: Lumbosakralt. Antal: 95.

3) Ingen undergruppering finns beskriven.

4) Randomiseringsförfarandet beskrivs ej.

5) Rotationsmanipulationsbehandling gavs, standardiserad, bredspektrad. Vem som gav behandlingen framgår inte av beskrivningen.

6) Kontrollgruppen fick bindvävsmassage som om det var skenbehandling. Närmare beskrivning av förfaringssättet om man t ex försöker imitera och därmed optimera placeboeffekten. Vem som utför denna behandling anges ej heller.

7) Man framhåller att eftersom patienterna inte tidigare har varit med om manipulationsbehandling så är de blindade. Det framgår inte om det är behandlaren som också bedömer effekten av behandlingen.

8) Både patienterna och en bedömare värderar effekten. Man talar i termer av korttidseffekt och långtidseffekt.

9) Några bortfall beskrivs inte.

10) Det finns signifikanta skillnader mellan kontroll- och behandlingsgrupp när det gäller patienternas rapporter om rörlighet omedelbart efter behandling, dvs korttidseffekten. Manipulation kan underlätta tillfrisknandet men det finns ingen evidens att den påverkar långtidsprognosen.

Kommentar: Randomiseringsförfarandet beskrivs ej. Bindvävsmassage kan enligt hypotesen om humorala faktorer i den engelska rapporten uppfattas som aktiv behandling.

Coxhead (81)

1) Hypotesen är implicit och inte entydig. Man jämför fyra olika behandlingsformer, traktion, träning, manipulation och korsett.

2) Man beskriver allmänt besvären som ischias-symptom. Vanliga exklusionskriterier och inga specifika inklusionskriterier. Här talas det om multicenterundersökning med 8 olika centra involverade. Antal 334 patienter.

3) Inga undergrupperingar.

4) Randomiseringsförfarandet ej redovisat.

5) Manipulationsbehandlingen är av den typ som Maitland beskrivit. Möjligen standardiserad behandling men 8 centra involverade.

6) Jämförelsegrupperna får traktion, träning eller korsett. Här finns alltså väldigt många variabler.

7) Försöket är ej blindat.

8) Patienterna värderar själva effekten av behandlingen. Tidpunkterna för värdering är 4 veckor efter att behandlingen inletts.

9) 34 patienter utgår. 13 p g a tillfrisknande och 21 p g a försämring. Dessa räknas dock in i grupperna till vilka de initialt randomiserades. Bortfallet är 30. Allt som allt finns 292 patienter kvar för slutbedömning.

10) Det finns ingen signifikant skillnad för de jämförda momenten vid den tidpunkt då effekten värderas. Kombinationen av olika metoder och antalet behandlingar tyder på att behandlingseffekten är dosrelaterad men inte metodrelaterad. Man menar att undersökningen illustrerar den höga frekvensen av spontant tillfrisknande. Man säger att man möjligtvis kan spåra en liten fördel vid manipulationsbehandling.

Kommentar: Det finns ganska många osäkerhetsmoment i multicenter-undersökningar av denna karaktär. Biaskomponenten svårvärderad. Bortfallet är relativt stort.

Nwuga (82).

1) Hypotesen explicit och entydig. Man vill jämföra konventionell icke-operativ behandling med manipulation.

2) Alla kvinnor (51 st) mellan 20 och 40 år med "säkra" diskbråck utifrån röntgenologiska och kliniska tecken på detta. Inget är preciserat men det är förmodligen lumbaldelen av ryggen som är föremål för undersökningen. Kvinnorna har haft besvär i mindre än 14 dagar. Inga lämplighetskriterier anges i relation till manipulationsteknik. Det framgår inte vem som har gjort urvalet.

3) Ingen undergruppering.

4) Randomiseringsförfarandet: Fördelningen sker genom att den första patienten går till den ena behandlingen och den nästa till andra behandlingen o s v. Randomiseringen försiggår alltså inte efter en speciell randomiseringslista.

5) Manipulationsbehandlingen består av ett rotationsgrepp som författaren har utarbetat. Alla patienter får behandling av samma terapeut: vilken framgår inte.

6) Den jämförande behandlingen är konventionell sjukgymnastisk behandling.

7) Varken patient eller behandlare är blindade. Men observatören anges vara en neutral bedömare utan vetskap om vilken behandling som getts.

8) Det gäller här en observatörbedömning av enbart rörlighet med bl a Lasegue som egentligen endast är ett smärttest. Observationen skedde 6 veckor efter behandlingen.

9) Inga bortfall beskrivs.

10) Den totala rörligheten var signifikant bättre hos den grupp som fick manipulationsbehandling jämfört med den som fick konventionell behandling.

Kommentar: Om randomiseringen har fungerat är resultaten ganska övertygande.

Den samlade bedömningen av de föreliggande kliniskt kontrollerade undersökningarna är följande: Den typ av manipulationsbehandling (manipulationsgreppet) som liknar den typ av behandling som kiropraktorer ger verkar vara en effektiv behandlingsform vid vissa mer eller mindre svårdefinierade tillstånd i speciellt nedre delen av ryggen. Effekten är störst i ett tidigt skede, efter 3 - 6 veckor finns inte längre någon signifikant skillnad.

Ad III)

Denna litteratur är viktig och redovisas därför speciellt i referenslistan. Den utgör underlaget för värderingen av manipulationsbehandlingens **säkerhet**. Det framgår av denna litteratur att det först och främst är manipulation av halsryggen som är riskfylld. Risken vid manipulationsbehandling är knuten till de kända kontraindikationer som finns beskrivna av såväl kiropraktorer (Löwgren 79) som ortopediska medicinare (Maigne i BMA-rapporten 86) och neurologer (Norska rapporten, NOU 85). Exempel är: Osteoporos, inflammatoriska tillstånd i ryggraden, maligna tillstånd i blodbildande organ samt tillstånd med metastaser, patologiska och ickepatologiska frakturer och neurologiska tillstånd av olika slag.

Det kan nämnas att ett av argumenten för att inte legitimera kiropraktorer i Danmark har varit att man ansett att behandlingen är ofarlig (Kjärgård-Hansen 86). Det pågår dock för tillfället en rättegång där en kiropraktor står åtalad för att ha utfört manipulationsbehandling på en 3 månaders baby som sen avled (Kjärgård-Hansen 86).

Kontraindikationerna och iakttagandet av dessa är tillsammans med förebyggandet av komplikationer nära knutna till frågan om vilken utbildning de som manipulerar har. Det är emellertid en fråga som ligger utanför vår uppgift att värdera. Vi kan dock notera att manipulationsbehandling, inkluderande manipulationsgrepp finns med i läkarvårdstaxan[9]. Dvs det är kanske inte så mycket en fråga om vad som görs, utan vem som gör det.

Vi ska kort redovisa några exempel på komplikationer men samtidigt fästa uppmärksamheten på att antalet allvarliga komplikationer (inkluderande fall med dödlig utgång) som beskrivs i litteraturen ska ses i relation till det antal manipulationsbehandlingar som getts genom tiderna och vem som gett dom.

- Skador i lillhjärnan både som följd av direkt mekanisk påverkan och indirekt genom kärlskador och tromboembolier, t ex Wallenbergs syndrom.
- Slaganfall (stroke) som följd av manipulation av halsrygg via skadlig påverkan av arteria vertebralis.
- Plötslig dövhet som följd av manipulation av halsrygg.
- Skador direkt på ryggmärgen som följd av manipulation, utveckling av manifest cauda equina syndrom.

Kommentar: Man kan konkludera att manipulationsbehandling inte är helt riskfri, men att den efter noggrann undersökning, bedömning av eventuella kontraindikationer och iakttagande av lämplighet kan vara av värde.

---

9. Denna administrativa acceptans betecknar Sjöstrand (79) som 'concealed incorporation'.

Ad IV)

Det kanadensiska materialet består av an abstractsamling som refererar 1652 artiklar publicerade i 70 erkända tidskrifter. Merparten är publicerade i index medicus registrerade tidskrifter. Det finns ytterligare 36 artiklar med jämförande studier och som tar upp metodologiska problem i samband med utvärderingen av manipulationsbehandling. Det har inte varit en lätt uppgift alla gånger att förstå vilken funktion en given artikel har i relation till manipulationsbehandling eller kiropraktik i allmänhet. Vi har tolkat så långt det har gått och satt ett frågetecken vid ett visst antal. För översikten skull har vi klassificerat de 1652 sammanfattningarna under följande punkter:

1. Basalvetenskapliga, neurofysiologiska experiment på mikro- och makronivå. Det rör sig om allt från transporthastigheter i axoner på cellnivå till elektromyografiska, impulsledningsstudier på friska försökspersoner, inklusiva gravida, i olika positioner. (Omfattar inte artiklar om endorfiner eller andra neuropeptider, se pkt 20).
   Antal referenser: 254.

2. Undersökningar av degenerativa förändringer samt traumata (kompressioner) i ryggraden och dessas betydelse för utvecklingen av symptom från andra organ.
   Antal referenser: 173.

3. Undersökningar av hur vasoregulatoriska och vegetativa reflexer spinalt kan påverka andra organ inklusive hjärnan, uterus, hjärtat, gastroentestinalt, urin och sexualorgan.
   Antal referenser: 142.

4. Undersökningar av hur endokrinologiska organ och immunologiska system kan påverkas av förändringar i ryggen.
   Antal referenser: 34.

5. Anatomiskt dokumentation inklusive röntgenbilder mm.
   Antal referenser: 75.

6. Smärtstudier inklusive värme-kyla reaktioner.
   Antal referenser: 71.

7. Manipulation av ledbesvär och icke spinalt utlösta besvär.
   Antal referenser: 124.

8. Artiklar om extracranial huvudvärk.
   Antal referenser: 31.

9. Artiklar om oto-okulara symptom och deras förbindelse med förändringar i halskotorna (inklusive migrän).
   Antal referenser: 58.

10. Kliniska icke-kontrollerade undersökningar.
    Antal referenser: 44.

11. Fallbeskrivningar.
    Antal referenser: 37.

12. Artiklar om komplikationer.
    Antal referenser: 24.

13. Artiklar om psykologiska faktorer i samband med ryggsmärtor.
    Antal referenser: 15.

14. Artiklar där begreppet **subluxation** berörs.
    Antal referenser: 37.

15. Debattartiklar inkluderande ledare, tekniskt- metodologiska artiklar om värdering av manipulationsbehandling.
    Antal referenser: 152.
16. Artiklar och bokkapitel om diagnostiska procedurer, lämplighetsbedömningar, behandlingstekniker mm.
    Antal referenser: 131.
17. Artiklar om bonesetting.
    Antal referenser: 20.
18. Artiklar som refererar till andra alternativa medicinska teknologier (holistisk medicin, TNS, vitaminbehandling, akupunktur mm).
    Antal referenser: 62.
19. Artiklar om neurotransmittorer, mekanoceptorer mm.
    Antal referenser: 3.
20. Artiklar där relationen mellan kiropraktik och det aktuella ämnet inte har varit identifierbar.
    Antal referenser: 107.
21. Övriga (t ex andra ortopediska behandlingsprinciper).
    Antal referenser: 51.

Vi har tolkat intentionen i dessa artiklar som ett försök att underbygga teoretiska antaganden om att det finns en förbindelse mellan spinala sympatiska nervcentra och olika inre organ (se t ex Malliani 70). British Medical Association anför i sin rapport (86) att man inte har funnit underlag för ett sådant antagande. Vi menar att det inte finns något underlag för att avvisa dessa teoretiska antaganden. Detta betyder inte att vi accepterar de teoretiska antagandena. Centrala nervsystemet är ett system vars komplexitet och dynamik fortfarande inte är färdigbeskrivet och det är därför inte orimligt att hålla dörrarna öppna. Utifrån ex vis den engelska rapportens hypoteser kan man tänka sig förekomsten av dolda variabler som kan påverka organ humoralt (via blodbanan) eller nervöst. Intentionen i det kanadensiska materialet kan dock enbart uppfattas som en djärv arbetshypotes.

En del av dessa referenser kan möjligen bidra till att stärka manipulationsbehandlingens vetenskapliga status. Dock kan de inte direkt tas till intäkt för de övriga värderingsmomenten, dvs effekt, säkerhet och kostnad.

Kostnadsbedömning

Vi har nu berört teknologin manipulationbehandling ur vetenskaplig synvinkel, effektsynvinkel och säkerhetssynvinkel. Det finns dåligt med underlag för en värdering av **kostnadsfrågan**. Man vet dock att ryggproblem bland vuxna är ett mycket vanligt problem. Ungefär 80 % av alla människor har någon gång i livet besvär med ryggen, vilket ger en föreställning om problemets storlek. I USA (Californien) utgör ersättning till arbetare med ryggproblem den största enskilda posten (20%) (Greenland 80).

Även om manipulationsbehandling enbart har korttidseffekt dvs att behandlingen har en gynnsam inverkan på det spontana tillfriskandet, så kan den ändå vara av betydelse ekonomiskt sett i ett samlat perspektiv. Även om man bara tillskriver manipulationsbehandlingen den effekten att patienten kan återgå till arbetet en vecka tidigare så kan detta på det samlade antalet patienter med ryggproblem antas bli en ansenlig besparing.

Sammanfattning och slutsatser.

När man värderar medicinsk teknologi beaktar man traditionellt teknologins effekt, säkerhet och kostnad. Accepterandet av en medicinsk teknologi är dessutom i vissa fall beroende av den vetenskapliga status teknologin har. Manipulationsbehandling har i stor utsträckning haft utövare som refererat till teoretiska förutsättningar som är obegripliga i förhållande till en klassisk medicinsk tankegång och teknologin har därför haft låg vetenskaplig status.

Manipulationsbehandling består av många olika moment. Manipulationsgreppet så som t ex kiropraktorerna utför det är i medicinskt sammanhang det mest kontroversiella. Olika former för manipulationsgreppsbehandling har under olika beteckningar existerat sedan Hippokrates (400 år före vår tideräkning).

Motståndet mot och svårigheterna att acceptera en medicinsk teknologi som är teoretiskt obegriplig har sin egen dynamik och historia. Exemplet Semmelweis visar att trots övertygande empirisk evidens så accepterades den av Semmelweis föreslagna teknologin inte förrän det fanns acceptabla förklaringar. Bakteriologin blev den teoretiska referensram som gjorde det möjligt att omtolka Semmelweis' förvetenskapliga begrepp (likämnen) i bakteriologiska termer.

Kanske man inte ska förvänta sig ett accepterande av manipulationsgreppsbehandling förrän det är möjligt att förklara och förstå denna teknologi i teoretiskt acceptabla termer.

Emellertid finns det numera enligt British Medical Association (BMA) en möjlighet att vetenskapligt förklara och förstå i alla fall vissa delar av effekten av manipulationsbehandling. BMA hänvisar i sin rapport (1986) till en teoretisk smärtmodell där man förklarar den smärtlindrande effekten i termer av mekanoceptorers modulerande effekt på noceptorer via endorfinliknande endopeptider. Denna teoretiska modell har för BMA varit tillräckligt skäl att acceptera manipulation som behandling vid olika smärttillstånd i ryggen. Den form för manipulationsbehandling det är frågan om är jämförbar med den som bl a utförs av kiropraktorer.

Vi har i ljuset av BMA-rapportens teoretiska modell sett närmare på ett antal referenser från det s k kanadensiska materialet och funnit att det inte är omöjligt att omtolka vissa av de äldre kiropraktiska begreppen i neurofysiologiska termer.

För en effektbedömning har vi gått igenom relevanta empiriska undersökningar av kliniskt kontrollerad karaktär. De flesta undersökningar är inte utförda av kiropraktorer vilket påverkar såväl urval (lämplighetsbedömningen), behandlingens specificitet och effektbedömningen.

Våra slutsatser vid den samlade bedömningen av manipulationsgreppsbehandling som medicinsk teknologi utifrån en värdering av dess effekt, säkerhet, kostnad och vetenskapliga status är följande:

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

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

3. Kostnadsberäkningar har inte gjorts, men om manipulationsbehandling medför en veckas tidigare tillfrisknande kan detta få betydelse för det totala antalet sjukskrivningsdagar samt minskat lidande. Någon litteratur om kostnadsberäkning för manipulationsbehandling har vi inte kunnat finna.

4. Manipulationsbehandlingens vetenskapliga status kan tänkas öka i och med British Medical Associations rapport (86). Men rapportens teoretiska antaganden och godkännande av manipulationsbehandling är således ingen garanti för ett accepterande av manipulationsbehandling i alla vetenskapliga samhällen.

Framtida forskning kring manipulationsbehandling måste ses i ljuset av de stora problem som finns i samband med tillämpningen av randomiserade, kliniskt kontrollerade undersökningar. Kravet på att minst 2000 försökspersoner bör ingå i en kontrollerad studie samt krav på standardiserade behandlingsprocedurer, försvårar inte bara en sådan studie, den är nästan apriori omöjlig. Professionella manipulatörer (inklusive kiropraktorer) bör delta i såväl uppläggningen av en studie som i lämplighetsbedömning, bahndling och observation. Vi menar dock inte man kan dra slutsatsen att om den kliniskt kontrollerade undersökningen inte är tillämpbar så bör inte frågan diskuteras. Det finns flera andra sätt att vetenskapligt värdera medicinsk teknologi (Brorsson och Wall 84). Det finns många behandlingstyper som befinner sig eller har befunnit sig i liknande situation sett ur empirisk och effektbedömningssynvinkel (Leach 82, Malan 73, Andersson % Carlsson 82).

När det gäller behovet av forskning den närmaste framtiden så bör man ta hänsyn till följande två saker:

1. Ren empirisk effektbedömning.

2. Acceptansförhållanden inom de berörda professionerna.

Vi rekommenderar att man gör en bedömning av acceptansförhållanden innan man initierar en empirisk studie.

/Niels Lynöe /Lars Olov Bygren

Socialmedicinska institutionen, Umeå universitet

REFERENSER

Aakster CW. Concepts in alternative medicine. Soc Sci Med 1986; 2:265-73.

Andersen B. Biostatistik. Ur Laegevidenskabelig forskning - en introduktion. Eds. Andersen D, Havsteen B, Juhl E, Riis P. F.A.D.L's Forlag, Köpenhamn 1982; 53-99.

Andersson S, Carlsson CA. Akupunktur vid smärta och sjukdom. Av Socialstyrelsen begärd utredning. Stencil, Göteborg 1982.

Barber B. Resistance by scientists to scientific discovery. Science 1961; 134:596-602.

Boag JW, Haybitile JL, Fowler JF, Emery EW. The number of patients required in a clinical trial. Br J Radiol 1971; 44:122- 25.

Brody i White L, Tursky B, Schwartz GE (eds). Placebo - Theory, research and mechanisms. The Guilford Press, New York London 1985.

British Medical Association. Alternative Therapy. Report of the Board of Science and Education. May 1986.

Brodin H. Principles of examination and treatment in manual medicine. Scand J Rehab Med 1979; 11:181-7.

Brodin H. Kunskap om ortopedisk medicin behöver spridas inom läkarkåren. Läkartidningen 1986; 30-31:2559-2261.

Brorsson B, Wall S. Värdering av medicinsk teknologi - problem och metoder. Rapport Medicinska Forskningsrådet. Stockholm 1984.

Buerger A A. A controlled trial of rotational manipulation in low back pain. Manuelle Medizin 1980; 2:17-26.

Bunge M. Phenomenological theories, i The critical approach to science and philosophy, ed. M. Bunge, New York 1964: 234-254.

Cassidy J D, Diakow PRP, De Korompay VL, Munkacsi I, Yong-Hing K. Treatment of neck-tongue syndrome by spinal manipulation: a report of three cases. The Pain Clinic 1986; 1:41-6.

Chalmers T C. The clinical trial. Milbank Mem Fund Q 1981; 1:324- 39.

Chiropractic in New Zealand. Report of the Comission of Inquiry, 1979.

Codell Carter K. The germ theory, beriberi, and the deficiency theory of disease. Med Hist 1977; 21:119-36.

Consensus-dokument: Hjärnblödning och hjärninfarkt (stroke) - diagnostik och behandling. Läkartidningen 1986; 83:621-3.

Cook TD, Campell DT. Quasi-Experiemtation. Design and analysis issues for field settings. Rand McNally College Publishing Co. Chicago 1979.

Cookson JC. Orthopedic manual therapy - an overview. Part II: The spine. Phys Ther 1979; 3:259-67.

Coulehan JL. Adjustment, the hands and healing. Cult Med & Psych 1985; 4: 353-82.

Coulehan JL. Chiropractic and the clinical art. Soc Sci Med 1985; 4:383-90.

Coxhead CE, Mead TW, Inskip H, North WRS, Troup JDG. Multicentre trial of physiotherapy in the management of sciatic symptoms. Lancet 1981; May 16, 1065-8.

Crelin ES. A scientific test of the chiropractic theory. The first experimental study of the basis of the theory demonstrates that it is erroneous. Am Sci 1973; 61:574-80.

de Grazia A. The scientific reception system and Dr Velikovsky. Am Behav Sci 1963; sept:45-9.

Deyo RA. Conservative therapy for low back pain. JAMA 1983; 8:1057-62.

Di Fabio RP. Clinical assessment of manipuylation and mobilization of the lumbar spine. Phys Ther 1986; 1:51-4.

Dixon A.ST.J. Progress and problems in back pain research. Rheumatol Rehabil 1973; 4:165-75.

Doran DML, Newell DJ. Manipulation in treatment of low back pain: A multicentre study. Br Med J 1975; 26 April, 161-4.

Dubos R. Pasteur og vor tids videnskab. Gyldendals Kvanteböger, 1964.

Evans DP, Burke MS, Lloyd Kn, Roberts EE, Roberts GM. Lumbar spinal manipulation on trial part I - Clinical assessment. Rheumatol Rehabil 1978; 17:46-53.

Feinstein AR. An additional basic science for clinical medicine: I. The constraining fundamental paradigms. Ann Intern Med 1983; 99:393-7.

Feinstein AR. An additional basic science for clinical medicine: II. The limitations of randomized trials. Ann Intern Med 1983; 99:544-50.

Fisk JW. A controlled trial of manipulation in a selected group of patients with low back pain favouring one side. NZ Med J 1979; Oct 10, 288-91.

Fleck L. Genesis and Development of a Scientific Fact. Eds. Trenn TJ, Merton RK. The University of Chicago Press, Chicago 1979.

Forrest M, Andersen B. Bias I: Definition og forekomst i kontrollerede forsog. Nord Med 1985; 1:20-21,28.

Fossgren J. Manuel medicin - historie og nutid. Ugeskr Laeger 1982; 21:1545-7.

Fåhraeus R Kirurgins segertåg. Läkekonstens historia. 1970.

Gerdes G. Konsten att kunna låta bli att operera. "Närbilden" Y- nytt 1986; 4:10.

Glover JR, Morris JG, Khosla T. Back pain: a randomized clinical trial of rotational manipulation of the trunk. Br J Ind Med 1974; 31:59-64.

Godfrey CM, Morgan PP, Schatzker J. A randomized trial of manipulation for low-back pain in a medical setting. Spine 1984; 3:301-4.

Goldie I. Skäl saknas för begreppet ortopedisk medicin. Läkartidningen 1986; 30-31:2564-2565.

Goldie I. Replik om ortopedisk medicin. Läkartidningen 1986: 401:3319.

Gore SM. Statistics in Question. Assessing clinical trials - why randomise? Br Med J 1981: 282:1958-60.

Gotfredsen E. Semmelweis' laere om barselsfeberen og dens modtagelse i Danmark. Medicinsk Forum 1948; 2:70-9.

Greenland S. Reisbord LS. Haldeman S. Buerger AA. Controlled clinical trials of manipulation: A review and a proposal. JOM 1980; 10:670-6.

Guyatt G, Sackett D, Taylor DW, Chong J, Roberts R. Pugsley S. Determining optimal therapy - randomized trials in individual patients. N Engl J Med 1986; 14:889-92.

Han JS, Terenius L. Neurochemical basis of acupuncture analgesia. Ann Rev Pharmacol Toxzicol 1982; 22:193-220.

Hahn RA. A sociocultural model of illness and healing i White L, Tursky B, Schwartz GE (eds). Placebo - Theory, research and mechanisms. The Guilford Press, New York London 1985.

Hemborg B. Ortopedisk medicin både finns och behövs! Läkartidningen 1986; 40:3318.

Hempel C. Vetenskaplig forskning: Uppfinningar och testningar. Ur: Vetenskapsteori. Studentlitteratur 1981; 11-26.

Hesslow G. Medicinsk Vetenskapsteori. Studentlitteratur 1979.

Hoehler FK, Tobis JS, Buerger AA. Spinal manipulation for low back pain. JAMA 1981; 245:1835-8.

Johansson I. Allmänmedicinsk forskning - finns den? Några reflektioner av en lekman och vetenskapsteoretiker. Allmänmedicin 1984; 5:114-7.

Juhl E, Christensen E. Tygstrup N. Hvordan tolkes negative kontrollerede kliniske undersogelser. Ugeskr Laeger 1982; 40:2913-18.

Kiropraktorudvalg. Indenrigsministeriets betaenkning nr 560, Köpenhamn 1970.

Kjärgård-Hansen M. Personligt meddelande. 1986.

Kogstad OA, Karterud S, Gudmundsen J. Cervicobrachialgi - et kontrollert forsök med konvensjonell behandling og manipulasjon. Tidskr Nor laegeforen 1978; 16:845-8.

Koran LM. The reliability of clinical methods, data and judgements. N Engl J Med 1975; 293:695-701.

Kragh H, Pedersen SA. Naturvidenskabsteori - Traek af debatten om naturvidenskab, teknologi og samfund. NNF, Köpenhamn 1981.

Kuhn TS. De vetenskapliga revolutionernas struktur. Doxa, Lund 1979.

Lancet. Editorial: Psysiotherapy or Phychotherapy? 1973; Dec 29, 1483.

Lankhorst GJ, Van de Stadt RJ, Van der Korst JK. The natural history of idiopathic low back pain. Scand J Rehab Med 1985; 17:1-4.

Leach RE, Hoaglund FT, Riseborough EJ. Controversies in Orthopaedic Surgery. Philadelphia: WB Saunders, 1982.

Lindahl O. Methods for evaluating the therapeutic effects of non- medical treatment. Scand J Rehab Med 1979; 11:151-55.

Lövgren PW. Principles of treatment in chiropractic. Scand J rehab Med 1979; 11:157-62.

Lövgren PW. Intresset för "ortopedisk medicin" bra men glöm inte bort kiropraktorerna! Läkartidningen 1986; 41:3401.

Maitland GD. Vertebral Manipulation. Butterworth & Co, London 1968.

Malan DH. The outcome problem in psychotherapy research. A historical review. Arch Gen Psych 1973; 29:719-20.

Malliani A, Pagani M, Recordati G, Schwartz PJ. Evidence for a spinal sympathetic regulation of cardiovascular functions. Experientia 1970; 9:965-6.

Manuell medicin, manuell terapi och manipulation. Rapport från symposium i Kungälv 15-16 september 1977.

Meade TW et al. Report of a working group: Comparison of chiropractic and hospital outpatient management of low back pain: A feasibility study. J Epidemiol Comm Hlth 1986; 40:12-7.

Moritz U. Evaluation of manipulation and other manual therapy. Scand J Rehab Med 1979; 11:173-9.

Nachemson A. A critical look at the treatment for low back pain. Scand J Rehab Med 1979; 11:143-7.

Nachemson AL. Arbete åt alla - Även dem som har ont i ryggen! Läkartidningen 1982; 47:4375-7.

Nordemar R, Thörner C. Treatment of acute cervical pain - a comparative group study. Pain 1981; 10:93-101.

Norges Offentlige Utredningar. Autorisasjon av kiropraktorer. NOU 1985: 10.

Nwuga VCB. Relative therapeutic efficacy of vertebral manipulation and conventional treatment in back pain management. Am J Phys Med 1982; 6:273-7.

Ottenbacher K, Di Fabio RP. Efficacy of spinal manipulation/mobilization therapy - a meta-analysis. Spine 1985; 9:833-7.

Pedersen SA. Objektivitetsbegrebets mangetydighed. Agrippa 1980; 3:4-27.

Polanyi M. The tacit dimension. London: Routledge & Kegan Paul. 1967.

Raskob GE, Lofthouse RN, Hull RD. Methodological guidelines for clinical trials evaluating new therapeutic approaches in bone and joint surgery. J Bone Jt Surg 1985; 67A:1294-7.

Rasmussen GG. Manipulation in treatment of low back pain - a randomized clinical trial. Manuelle Medizin 1979; 1:8-10.

Rosendal B. Ortopedisk medicin har lika stort berättigande som ortopedisk kirurgi. Läkartidningen 1986; 44:3671.

Rosenthal R. Experimenter effects in behavioral research. New York: Appelton, 1966.

Rosing H. Analys av ett exempel ur vetenskapens historia. Ur: Vetenskapens logiska grunder. Helsingfors 1978; 28-37.

Schiötz EH. Manipulasjonsbehandling av columna under medisinsk historisk synsvinkel. Tidskr Nor Laegeforen 1958; 78:359-72, 429- 38, 946-50, 1003-21.

Sims-Williams H, Jayson MIV, Young SMS, Baddeley H, Collins E. Controlled trial of mobilisation and manipulation for patients with low back pain in general practice. Br Med J 1978; 11 Nov, 1338-40.

Sinclair WJ. Semmelweis - his life and his doctrine. Manchester Univ. Publ. Med.Ser. 11, 1909.

Sjöstrand T. Medicinsk Vetenskap - historik, teori och tillämpning. Natur & Kultur, Stockholm 1979.

Sloop PR, Smith DS, Goldenberg E, Dore C. Manipulation for chronic neck pain - a double-blind controlled study. Spine 1982; 6:532-5.

Spangfort E. Projektet för utvärdering av kiropraktik. Stencil 1985.

Tygstrup N, Juhl E. Dilemmas of controlled clinical trials in hepatology. In: Schaffner, Sherlock, Leevy (Eds.): The Liver and its Diseases. Intercontinal Medical Book Corp. 1974.

Ugeskr Laeger. Editorial: Kiropraktiken fordömmes i USA. 1969; 131:1442.

van der Linden W. Fler ögonpar ser mer än ett - för att minska effekten av "observer error" i klinisk forskning. Läkartidningen 1985; 51:4531-2.

Wall PD. The gate control theory of pain mechanisms. Brain 1978; 101:1-18.

Weber H. Manipulasjonsgrep og ryggsmerter. Nord Med 1981; 1:9-11.

Vesterberg K.E. Personligt meddelande 1987.

Wulff H. Strejftog i medicinske polemikker. Medicinsk Forum 1962; 5:149-59.

Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Philosophy of Medicine - an introduction. Blackwell Scientific Publications, Oxford 1986.

Wulff HR. Rationel klinik - Grundlaget for diagnostiske og terapeutiske beslutninger. Munksgaard, Köpenhamn 1973.

Wulff HR. Videnskabsteori. Ur Laegevidenskabelig forskning - en introduktion. Eds. Andersen D, Havsteen B, Juhl E, Riis P. F.A.D.L's Forlag, Köpenhamn 1982; 9-34.

Wyke B. The neurological basis of thoracic spinal pain. Rheumatol & Phys Med YEAR ?; 7:356-67.

Zylbergold RS, Piper MC. Lumbar disc disease: Comparative analysis of physical therapy treatments. Arch Phys Med Rehab 1981; 62:176-9.

REFERENSER (komplikationer)

Brownson RJ, Zollinger WK, Madeira T, Fell D. Sudden sensorineural hearing loss following manipulation of the cervical spine. Laryngoscope 1986; 96:166-70.

Davis C. Osteopathic manipulation resulting in damage to spinal cord. Br Med J 1985, 291:1540-1.

Dvorak J, von Orelli F. Wie gefährlich ist die Manipulation der Halswirbelsäule? Manuelle Medizin 1982; 20:44-8.

Fritz VU, Maloon A, Tuch P. Neck manipulation causing stroke. SA Med J 1984; 66:844-6.

Gutmann G. Verletzungen der Arteria vertebralis durch manuelle Therapie. Manuelle Medizin 1983; 21:2-14.

Hooper J. Low back pain and manipulation - Paraparesis after treatment of low back pain by physical methods. Med J Aust 1973; 1:549-57.

Kewalramani LS, Orth MS, Kewalramani DL, Krebbs M, Salleem A. Myelopathy following cervical spine manipulation. Am J Phys Med 1982; 4:165-75.

Livingston MCP. Spinal manipulation causing injury - A three-year study. Clin Orthop 1971; 81:82-6.

Mehalic T, Farhat SM. Vertebral artery injury from chiropractic manipulation of the neck. Surg Neurol 1974; 2:125-9.

Pratt-Thomas HR, Berger KE. Cerebellar and spinal injuries after chiropractic manipulation. JAMA 1947; March 1, 600-3.

Rapport från symposiet i Kungälv sept. 1977.

Rinsky LA, Reynolds GG, Jameson RM, Hamilton RD. A cervical spinal cord injury following chiropractic manipulation. Paraplegia 1976; 13:223-7.

Schwarz GA, Geiger JK, Spano AV. Posterior inferior cerebellar syndrome of Wallenberg after chiropractic manipulation. AMA Arch Intern Med 1955; 352-4.

Secher O. Ekstensionsbehandling kontra kiropraktik. Ugeskr Laeg. 1969; 26:1122-5.

Widman B. Inte aktuellt med nya specialiteter. Läkartidningen 1986; 30-31:2563.

Von Schmitt HP. Manuelle Therapie der Halswirbelsäule. Manuelle Medizin 1978; 16:71-7.

Wolff HD. Komplikationen bei manuelle Therapie der Halswirbelsäule. Manuelle Medizin 1978; 16:77-81.

Statens offentliga utredningar 1987

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Otillbörlig efterbildning. [1]
Dödsboägande och samägande av jordbruksfastighet m.m. [2]
Folkstyrelsens villkor. [6]
Barnets rätt. [7]
Skydd för det väntande barnet. [11]

Utrikesdepartementet

Svenska försvarsindustrins utlandsverksamhet. [8]

Försvarsdepartementet

Det svenska totalförsvaret inför 90-talet. [9]

Socialdepartementet

Legitimation för vissa kiropraktorer. [12]

Finansdepartementet

Långtidsutredningen '87. [3]
Indrivningslag m.m. [10]

Civildepartementet

En ny kyrkolag m.m. Del 1. [4]
En ny kyrkolag m.m. Del 2. [5]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningens nummer i den kronologiska förteckningen.

Statens offentliga utredningar 1987

Kronologisk förteckning

1. Otillbörlig efterbildning. Ju.
2. Dödsboägande och samägande av jordbruksfastighet m.m. Ju.
3. Långtidsutredningen '87. Fi.
4. En ny kyrkolag m.m. del 1. C.
5. En ny kyrkolag m.m. del 2. C.
6. Folkstyrelsens villkor. Ju.
7. Barnets rätt. Ju.
8. Svenska försvarsindustrins utlandsverksamhet. Ud.
9. Det svenska totalförsvaret inför 90-talet. Fö.
10. Indrivningslag m.m. Fi.
11. Skydd för det väntande barnet. Ju.
12. Legitimation för vissa kiropraktorer. S.

KUNGL. BIBL.
1987-04-07
STOCKHOLM

ALLMÄNNA FÖRLAGET

ISBN 91-38-09682-X
ISSN 0375-250X