

Svenska Naturmedicinska Sällskapet
c/o Kann Wallin
Tosterö, Bråtorp 2
645 93 Strängnäs

2019-10-30

Tfn: 070 – 602 01 11
E-post 1: info@sns.nu
E-post 2: jessica@sns.nu

Remiss dnr: **S2019/01774/FS, S2019/02695/FS**
Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård

E-post 1: s.remissvar@regeringskansliet.se
E-post 2: s.fs@regeringskansliet.se

REMISSYTTRANDE

Remiss SOU 2019:15 Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap och dialog, SOU 2019:28 ny lagstiftning

Svenska Naturmedicinska Sällskapet

Cathrine Jonsson
Ordförande SNS

Sara Boo
Läkarsekreterare
Dipl. Homiatriker
styrelsesuppleant i SNS (Svenska Naturmedicinska Sällskapet)
styrelseledamot i National Health Federation Sweden
styrelseledamot i NHF (USA)

Michael Zazzio
medicinsk forskare
Legitimerad Sjuksköterska
privatpraktiserande kliniker
vetenskapligt råd i AENORTA
juridiskt sakkunnig i NHF Sweden
juridiskt sakkunnig i SNS

Sammanfattning

- Kjell Asplunds KAM-utredning och lagförslag strider mot lojalitetsplikten och EU-fördragets artiklar som styr konkurrens och kartellbildning. De begränsande lagarna utgör enligt företrädesprincipen ett lagbrott mot EU-rätten, vilken står över all annan svensk lag. Utifrån denna grund måste utredningen diskvalificeras och lagförslaget ogiltigförklaras.
- Utredningen och lagförslaget strider även mot mänskliga rättigheter, barnkonventionen och flera andra konventioner med artiklar som ger skydd för privatliv, familjeliv, trossystem och skydd mot diskriminering samt frihet att kontrollera sin egen hälsa och kropp. Tillika har unionsmedborgarna rätt till högsta möjliga hälsa. Barnkonventionen kommer dessutom att införlivas i svensk lagstiftning i januari 2020, som ger samma skydd för barn. Utifrån denna grund måste utredningen diskvalificeras och lagförslaget ogiltigförklaras.
- Nödvändighetsrequisitet enligt EU-rätten är inte uppfyllt. KAM-utredningen har inte utgått ifrån legalitet och proportionalitet, och utredningen har inte tagit fram något utredningsmässigt underlag för den begränsande lagstiftningen utifrån nödvändighet – en sådan analys lyser helt med sin frånvaro i KAM-utredningen. Utifrån denna grund måste utredningen diskvalificeras och lagförslaget ogiltigförklaras.
- Kjell Asplund har inte uppfyllt de utredningsdirektiv som regeringen har ålagt honom som utredare. Konklusionen är att utredningen måste diskvalificeras och lagförslaget ogiltigförklaras på grund av ej utfört uppdrag. Asplund har inte ens uppfyllt den första punkten på regeringens lista som gick ut på att ”genomföra en kartläggning av aktuella forskningsresultat och pågående forskning när det gäller behandlingsmetoder som används utanför den etablerade hälso- och sjukvården”, vilket är fundamentalt för att kunna uppfylla övriga direktiv.
- Det föreligger jäv. Genom expertkommitténs sammansättning där endast 1 av 17 har representerat alternativmedicinen, så kan inte utredningen sägas vara vare sig opartisk eller objektiv. Detta bryter mot regeringsformen (grundlagen) och förvaltningslagen, varför utredningen av den anledningen måste diskvalificeras. Dessutom har den enda alternativmedicinaren som var med belagts med munkavle, vilket strider mot offentlighetsprincipen och de mänskliga rättigheterna om yttrandefrihet.

Att anta ett sådant här lagförslag skulle vara en ytterst omotiverad och oproportionerlig, tillika lagvidrig inskränkning av människors fria vilja och rättighet att välja vårdmetoder och vårdgivare. Politiker och lagstiftare får inte, i sin iver att låta skolmedicinen ha monopol på läkekonstens område, ignorera de grundlagar och överordnande lagar som nationen måste ta hänsyn till.

För övrigt kan det påpekas att även nuvarande kapitel 5 i patientsäkerhetslagen måste tagas bort då även den strider mot gällande lagar.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Jäv i KAM-utredningen.....	5
Kjell Asplund har ej fullgjort sitt uppdrag, del 1.....	8
Register över utövare.....	13
Kjell Asplund har ej fullgjort sitt uppdrag, del 2.....	15
Nödvändighetsrekvisitet är ej uppfyllt.....	15
Alternativmedicinen får ett bättre omdöme av patienterna.....	21
En tredjedel av svenskarna besöker varje år alternativmedicinen.....	28
KAM-utredningen har inte varit renhårig.....	30
KAM-utredningen strider mot EU-rätten.....	32
Inkompetens på juridikens område.....	39
KAM-utredningen strider mot internationella konventioner.....	40
...angående rätten till högsta möjliga hälsa.....	40
...angående rätten till högsta möjliga hälsa för barn.....	41
...angående rätten till högsta möjliga hälsa för människor med	
funktionshinder.....	42
...angående diskriminering av människor.....	43
...angående integritet.....	45
...angående privatliv och familjeliv.....	46
...angående trossystem.....	48
...angående informerat samtycke.....	49
KAM-utredningen strider mot nationella lagar.....	53

Genomgång av Kjell Asplunds lagförslag	58
1. §	58
2 §	64
3 §	65
4 §	71
5 §	72
6 §	79
7 §	79
8 §	80
9 §	83
10 §	83
11 §	84
12 §	85
13 §	85
Nuvarande kapitel 5 i patientsäkerhetslagen måste raderas	86
Bilagor	87

Jäv i KAM-utredningen

SOU-utredningen är en statlig utredning, och således utgör den en form av myndighetsutövning eller motsvarande. Den faller alltså under såväl regeringsformen (grundlag) som förvaltningslagen. Enligt regeringsformen skall all myndighetsutövning utövas opartiskt, sakligt och objektivt. Enligt förvaltningslagen ska offentlig förvaltning och motsvarande uppgifter baseras på objektivitet, legalitet och proportionalitet. Med tanke på expertkommitténs sammansättning – 94 % av expertkommittés medlemmar representerar skolmedicinen eller sådana myndigheter som är en del av det skolmedicinska systemet – och utredaren Kjell Asplunds bakgrund, så kan utredningen inte betecknas såsom opartisk. Inte heller finns det någon objektivitet i utredningen, och lagförslaget är inte heller proportionerligt. Eftersom dessa grundläggande krav inte är tillgodosedda, så faller även legaliteten, både med avseende på expertkommitténs sammansättning och på grund av utredarens bakgrund. Utifrån dessa grunder måste utredningen diskvalificeras och lagförslaget ogiltigförklaras.

Utredaren var jävig – Kjell Asplund motarbetar ”alternativa” metoder

Kjell Asplund som utsågs till statens utredare i statens offentliga utredning om alternativ- och komplementärmedicinsk vård har innehaft en professur vid ett svenskt universitetssjukhus, och han har även varit Socialstyrelsens generaldirektör under många års tid. Kjell Asplund är odiskutabelt en företrädare för den svenska skolmedicinen som konsekvent motarbetar alla former av alternativmedicin, och han måste därmed betraktas som jävig i sin position som utredare i en utredning som handlar om att främja tillgången på KAM-metoder eller, som det uttrycks, ”ökat patientinflytande” inom den alternativa hälsobranschen.

Asplund har inte uppvisat några tendenser till att stödja ”alternativa” behandlingsmetoder, inte ens för nya evidensbaserade metoder som sjukvården skulle kunna ha tagit in i sitt behandlingsutbud – i synnerhet som skolmedicinen själv inte har någon botande behandlingsmetod på området – om Asplund verkligen hade haft ett genuint intresse av att bistå patienter med fungerande och ofarliga behandlingsmetoder. Han får således hänföras till gruppen KAM-motståndare och har således inte varit neutral i vare sig sin position eller handläggning av KAM-utredningen och enbart utifrån detta måste utredningen ogiltigförklaras.

Direkta motståndare till KAM i Expertkommittén

Vid en närmare titt på listan över dem som ingick i ”expertkommittén” finner man direkta motståndare till allt vad alternativmedicin heter, till exempel Dan Larhammar som till och med har arbetat enträget mot antroposofin, vilket faktiskt är en gren inom den etablerade medicinen men som Dan Larhammar helt förkastar. Dan Larhammars förtalskampanj mot antroposofin har enligt Ursula Flatters fått Vidarkliniken på fall. Dan Larhammar ifrågasätter om akupunktur har någon effekt över huvud taget, i strid med resultat från en snabbt ökande kunskapsbank av internationell forskning samt rekommendationer från WHO och olika statliga organ i andra länder. Antalet åkommor där det finns ett moderat eller starkt vetenskapligt stöd för akupunkturens effekter ökar snabbt, och behandlingsformen är mycket säker då den utförs av välutbildad akupunktör.

Dan Larhammar har även fortsatt att hävda att homeopati inte har effekt trots att han sedan länge har känt till doktor Hahns metastudie. Som ett led i utredningen besökte emellertid Asplund och några andra från expertkommittén Robert Hahn. Doktor Hahn som har arbetat som forskningschef har genomfört en metastudie som visar att homeopati fungerar.

Jonas Ludvigsson från Läkarförbundet är också motståndare till alternativmedicin, vilket bevisas av att han själv läckte information till massmedia om att det var han som förde fram förslaget om att barn under 15 år inte ska få behandlas med KAM-metoder.

<https://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2019/02/Barnlakare-Forbjud-alternativmedicin-hos-barn-under-15-ar/>

Expertkommitténs sammansättning – ett uppenbart jävsförhållande

Expertkommitténs sammansättning har en uppseendeväckande partisk övervikt åt det skolmedicinska hållet. En övervägande majoritet av kommittémedlemmarna kommer från regionsjukvården eller svenska myndigheter som har en direkt koppling till den offentliga sjukvården i Sverige. Dessa är 16 stycken av totalt 17 stycken. Endast en av experterna arbetar aktivt med KAM-terapi i klinisk verksamhet (6 %). Två av de övriga experterna är öppna för integrativ medicin men arbetar inom skolmedicinen. Det föreligger således ett uppenbart jävsförhållande för minst 14 stycken, 82 %, men ända upp till 16 stycken, 94 %, av delegaterna i expertkommittén.

En expertkommitté måste vara neutralt sammansatt

Expertkommitténs sammansättning:

Kjell Asplund, professor, läkare, tidigare generaldirektör för Socialstyrelsen

Maria Arman, docent, Vårdförbundet och Svensk sjuksköterskeförening

Hans Hagelin, ämnesråd på Socialdepartementet

Anna Weinholt, departementssekreterare på Socialdepartementet

Anders Berg, handläggare på Socialstyrelsen

Katarina Lagerstedt, jurist på Inspektionen för vård och omsorg

Monica Hulterantz, medicine doktor, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Per Claesson, docent på Läkemedelsverket

Torkel Falkenberg, docent Karolinska Institutet

Olle Olsson, utredare på Sveriges Kommuner och Landsting

Dan Larhammar, professor vid Uppsala universitet

Jonas F Ludvigsson, professor, överläkare, Svenska Läkaresällskapet samt Läkarförbundet

Thomas Schneider, utvecklingschef Bräcke diakoni

Irén Svensson-Nylén, diplomerad homiatriker KAM-kommittén för komplementär och alternativ medicin

Mats Nilsson, Jur kand, anställdes som sekreterare i utredningen den 2 juni 2017

Anna Envall-Rystedt, anställdes som assistent den 6 november 2017

Lisa Landerholm, leg. Apotekare, anställdes som sekreterare den 14 augusti 2017

”Expertkommittén” bestod således till en övervägande majoritet av skolmedicinare och myndighetsutövare kopplade till det skolmedicinska systemet. Det är dock av yttersta vikt att en expertkommitté är neutralt sammansatt. I en neutralt sammansatt ”expertkommitté” skall självfallet hälften av deltagarna aktivt arbeta med olika alternativ- och komplementärmedicinska metoder, så att mångfalden genomsyrar en sådan expertkommitté. Likaså borde representanter från hälsokostsidan och tillverkare av kosttillskott, homeopatika och andra hälsopreparat ha varit med i expertkommittén liksom olika patientorganisationer. Det saknas i kommittén även läkare som arbetar med olika integrativa metoder samt läkare som arbetar med antroposofisk medicin. Alla dessa representanter hade behövts för att allting i utredningen skulle kunna belysas på ett adekvat och allsidigt sätt utifrån sakkunskap. Detta grundkrav har ”expertkommittén” inte kunnat leva upp till, och utredningen borde enbart på den grunden ogiltigförklaras. Kjell Asplunds fem kommittésekreterare kom dessutom alla från ”samma sida”.

Konklusion

Konklusionen är att utredningen måste ogiltigförklaras på grund av jäv och brist på opartiskhet samt objektivitet. Kjell Asplunds förflutna, där han direkt motarbetar vetenskapliga metoder samt att han själv är skolmedicinare ut i fingerspetsarna, diskvalificerar honom från utredningsuppdrag av den här karaktären. Den som handhar en utredning av den här typen måste vara opartisk och neutral. Utredningen måste därmed diskvalificeras och lagförslaget ogiltigförklaras.

Utredningen måste diskvalificeras på grund av ej utfört uppdrag (del1)

Kjell Asplund har ej fullgjort sitt uppdrag. Nedan följer regeringens uppdrag till utredaren enligt [Dir. 2017:43](#)

- genomföra en kartläggning av aktuella forskningsresultat och pågående forskning när det gäller behandlingsmetoder som används utanför den etablerade hälso- och sjukvården.
- kartlägga vilka olika utvärderingsmetoder som används för sådana behandlingar. Därutöver ska redovisas i vilken mån de alternativa metoderna genomgår klinisk prövning enligt gängse praxis samt vilka eventuella hinder som finns för sådan prövning.
- bidra till att öka kontakterna och förståelsen mellan den etablerade vården och den vård som är utanför den etablerade vården i syfte att öka patientsäkerheten. Om kommunikationen behöver förbättras ska förslag till sådana förbättringar lämnas.
- lämna förslag till en policy för utvärdering och reglering av behandlingsmetoder som idag inte tillhör den etablerade hälso- och sjukvården, men som efter utvärdering skulle kunna utgöra en värdefull del av denna vård.
- lämna förslag till ett informationssystem som bidrar till att patienter får sådan information som är nödvändig för att göra välövervägda vårdval och för att undvika oseriösa och farliga behandlingsalternativ.
- utreda om rätten att behandla vissa allvarliga psykiska sjukdomar och störningar för den som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bör begränsas.

Punkt 1

Kjell Asplund har inte utfört den första punkten på regeringens lista över vad redovisningen av uppdraget ska innehålla enligt direktivet. Upptagen som första punkt på listan har den en mycket central roll i uppdraget. Utredningen har i uppdrag att belysa aktuella forskningsresultat när det gäller behandlingsmetoder som används utanför den etablerade hälso- och sjukvården. Någon sådan kartläggning av aktuella forskningsresultat av KAM-terapi har inte utförts. Utredningen borde ha utförts med utgångspunkt i de alternativa metoder som finns och redogjort för resultatet från vetenskapliga studier av de samma. Utredningen har endast belyst en mycket begränsad bibliometrisk genomgång där de specifika terapierna vare sig har definierats eller specificerats.

Kjell Asplunds KAM-utredning handlar således inte alls om aktuella forskningsresultat angående några specifika KAM-terapi.

Uppdraget har således inte utförts och utredningen måste därmed diskvalificeras.

Punkt 2

Eftersom den grundläggande utredningen enligt punkt 1 inte har företagits, så leder det genomgående till brister i de övriga, underliggande punkterna i utredningsuppdraget. Det blir omöjligt för Kjell Asplund att *kartlägga utvärderingsmetoder för KAM-behandlingar* (man får förmoda att uppdragsgivarens mål var att sålla ut de bättre utvärderingsmetoderna från de sämre, alltså att få ut någon form av konklusion) som han skulle göra enligt punkt 2, när Asplund varken har kartlagt forskningsresultaten eller ens har kartlagt de terapimetoder som skulle kunna vara aktuella för en sådan utredning.

Uppdraget har således inte utförts och utredningen måste därmed diskvalificeras.

Punkt 3

Asplund skulle i punkt 3 *”bidra till att öka kontakterna och förståelsen mellan den etablerade vården och den vård som är utanför den etablerade vården i syfte att öka patientsäkerheten. Om kommunikationen behöver förbättras ska förslag till sådana förbättringar lämnas”*.

Detta betyder med andra ord att KAM-utredningen helt enkelt skulle komma med förslag på hur en dialog skulle kunna upprättas och förstärkas mellan sjukvårdspersonal och KAM-terapeuter. Detta gjorde Asplund inte alls, för att han valde att anse att *”ökad förståelse”* yrkesgrupperna emellan i stället innebar att försöka få sjukvårdspersonal och KAM-terapeuter att *dela kunskapssyn och förklaringsmodeller, vilket han såg som orealistiskt* (sid 20, SOU 2019:15).

Det som Asplund gjorde var att ge förslag om en envägskommunikation där sjukvårdspersonal ska få kunskap om KAM via sin sjukvårdsutbildning. Det står emellertid inte ett ord om att det borde vara/ måste vara KAM-terapeuter som ska hålla i utbildningarna eller en del av utbildningarna, så det får förmodas att det enbart kommer att vara självutnämnda experter på alternativmedicin såsom Dan Larhammar eller andra från skolmedicinen som kommer att stå för undervisningen – det vill säga skolmedicinare som inte har någon egen erfarenhet av att behandla patienter med KAM-terapi.

Direktivet fastställde att om det var så att kommunikationen behövde förbättras, så skulle Kjell Asplund lämna förslag till sådana förbättringar. Några sådana förslag har alltså inte lagt fram. I stället siktade han in sig på att ge 1177 Vårdguiden i uppdrag att informera om KAM-terapi. Detta är dock inte alls detsamma som att skapa några förutsättningar för kommunikation, det vill säga dialog. 1177 är i huvudsak en informationskanal utåt – det vill säga en monolog (envägskommunikation) gentemot patienter och inte någon dialog med KAM-branschen. 1177 Vårdguiden ägs av Inera AB, som i sin tur ägs av Sveriges kommuner och landsting (SKL) och som är de svenska sjukvårdsregionernas intresseorganisation. Detta ägarförhållande utgör i sig en kartell och ett jäv. Det kan därmed med antas att 1177 Vårdguiden främst är till för att gynna den skolmedicinska (samhällsfinansierade) vården och den allmänna synen på den – och dessutom främja den skolmedicinska synen på alternativmedicin.

Maria Arman relaterar direkt till detta i sitt särskilda yttrande och erkänner på sidan 493 i SOU 2019:15 ”Direktivet efterfrågar förslag till policy för kommunikation och för införande av nya metoder i hälso- och sjukvården. Dessa aspekter är berörda men utan framgångsrika förslag till alternativ eller förändringar”.

Maria Arman erkänner helt enkelt att Kjell Asplund inte har uppfyllt vare sig punkt 3, angående att öka kontakterna (kommunikation) eller punkt 4, angående att införa nya (KAM-)metoder.

Asplund har därmed brutit på punkt 3 (och även på punkt 4) och inte fullföljt uppdraget, och utredningen måste därför diskvalificeras.

Punkt 4

När man inte utreder KAM-metoderna och deras forskningsresultat enligt punkt 1, så är det omöjligt att göra det som anges i punkt 4, det vill säga ”att lämna förslag till en policy för utvärdering och reglering av behandlingsmetoder som i dag inte tillhör den etablerade hälso- och sjukvården, men som skulle kunna utgöra det”.

Punkt 5

Asplund föreslår att Socialstyrelsen i ett samarbete med Inera AB ska tillhandahålla det faktagranskade materialet för presentation i en KAM-portal på 1177 Vårdguiden. Kjell Asplund eller utredningen kan dock inte välja att Inera skall handha detta, eftersom en sådan tjänst, som att utarbeta en KAM-portal, måste vara föremål för ett offentligt upphandlingsförfarande innan den som skall utföra uppdraget kan utses.

Att välja ut ett specifikt privat företag såsom Inera AB att utföra ett visst specifikt uppdrag – som att upprätta en KAM-portal – strider enligt EU-rätten mot den fria konkurrensen. Om staten och regionerna (som är moderbolag till Inera) skulle gå samman och besluta något sådant, så utgör det en kartellbildning, vilket även det är olagligt enligt EU-rätten som baseras på en marknadsekonomisk modell. En planekonomisk handläggning i frågor som denna är olaglig och kan resultera i ett bötesbelopp på upp till 10 % av statens och regionernas årliga omsättning. Så, det enda riktigt konkreta förslag som Asplund har kommit upp med i sin utredning är inte ens möjligt ur ett lagtekniskt perspektiv.

Det vore bättre om en sådan KAM-portal togs fram genom ett samarbete mellan den alternativa branschen och Socialstyrelsen, helt utan inblandning från SKL, som helt klart inte lyckas att hålla sig till sanningen/vetenskapliga fakta. Vilket IT-bolag som ska ta fram applikationen skall som sagt enligt lagen vara föremål för ett upphandlingsförfarande. SKL kan dock länka till KAM-portalen.

De två begreppen ”oseriösa” samt ”farliga” behöver ifrågasättas. Vilka behandlingsmetoder eller terapeuter som skall anses vara ”oseriösa” är en högst delikat fråga, eftersom seriositet beror på vem som är bedömare. Det faktum att utredningsdirektivet innehöll riktlinjen ”*lämna förslag till ett informationssystem som bidrar till att patienter får sådan information som är nödvändig för att göra välöversvägda vårdval och för att undvika oseriösa och farliga behandlingsalternativ*” visar att det från regeringens sida på förhand har funnits en partisk och osaklig inställning. Utredningsdirektivet har således inte varit i enlighet med vare sig regeringsformen eller förvaltningslagen, utan regeringen har saknat förmåga att följa både grundlag och den mest elementära lagen som styr förvaltningsarbete (detta gäller även Socialdepartementet och Statens offentliga utredningar).

Om regeringens mål verkligen skulle vara att skydda befolkningen från farliga behandlingar, så borde regeringen i stället ha inriktat sig på att utreda skolmedicinsk behandling. Olyckligtvis har den svenska regeringen och de svenska myndigheterna inklusive vårdgivarna regionerna och kommunerna inte lyckats skydda befolkningen från farliga skolmedicinska metoder. Såväl läkemedel som strålterapi och kirurgiska ingrepp medför betydande risker. De kirurgiska ingreppen må vid vissa sjukdomstillstånd vara ett nödvändigt ont och en risk som man måste låta patienterna välja om de vill ta, men riskerna med vissa läkemedelsgrupper, till exempel cytostatika vid många cancerformer, antidepressiva läkemedel, antipsykotiska läkemedel, bensodiazepiner och vissa NSAID-preparat – för att nämna några läkemedelsgrupper – är oerhört höga och farliga. Likaså är det med riskerna för radiologisk strålterapi vid ett stort antal tumörsjukdomar.

Att KAM-utredningen skulle inrikta sig på att lämna förslag till ett informationssystem som bidrar till att patienter får sådan information som är nödvändig för att göra välöversvägda vårdval för att undvika farliga behandlingsalternativ skulle ha varit av vikt om det hade handlat om den skolmedicinska sjukvården, men motsvarande åtgärd bland KAM-terapierna är oproportionerlig, eftersom det nästan aldrig inträffar några patientskador inom den branschen, vilket vi förklarar mer ingående på sidorna 15-20.

Enbart av den anledningen att utredningsdirektivet innehöll en instruktion om att utredaren skulle lämna förslag till ett informationssystem som bidrar till att patienter får sådan information som är nödvändig för att göra välöversvägda vårdval och för att undvika oseriösa och farliga behandlingsalternativ diskvalificerar hela utredningen, eftersom den vid sin tillkomst inte har varit saklig och opartisk i sin grundformulering. Oss veterligen har regeringen aldrig utrett den offentligfinansierade vården med avseende på ”*oseriösa och farliga* behandlingsalternativ”.

Punkt 6

Denna punkt innebär att icke legitimerade terapeuter i botande syfte inte får ta emot patienter som lider av psykiska sjukdomar. En delikat fråga som faller sig helt naturlig blir då:

- 1) ”varför ska inte psykiskt sjuka individer tillåtas att söka upp sådana terapeuter som de tror kan hjälpa dem med att komma över sitt sjukdomstillstånd, oavsett om terapeuterna är legitimerade eller icke legitimerade?” En annan fråga som uppstår är:
- 2) ”varför ska icke legitimerade terapeuter endast få lindra psykiska sjukdomar men inte få bota dem?” En tredje fråga som faller sig naturlig blir samtidigt:
- 3) ”var går gränsen mellan botad och lindrad när det gäller psykiska sjukdomstillstånd?”

Den som har arbetat inom psykiatri känner mycket väl till att de flesta psykiska sjukdomstillstånd är latenta under de tidsperioder som individerna förefaller vara friska. Ett stort antal psykiska sjukdomstillstånd kan inte diagnostiseras med hjälp av blodprovsanalyser eller radiologiska undersökningsmetoder. Sjukdomsdiagnosen ställs i stället på basis av läkarnas bedömning av patienterna. Gränserna för många psykiska sjukdomstillstånd är dessutom mycket oklara. En patient som en psykiatriker bedömer vara psykiskt sjuk kan samtidigt friskförklaras av en annan psykiatriker. Inom psykiatri finns det således ett enormt utrymme för godtyckliga bedömningar.

När det finns ett utrymme för godtycke i bedömningen av sjukdomsbilden, så innebär det att den terapeut som av Inspektionen för vård och omsorg bedöms ha brutit mot den nya lagen kan komma att nagelfaras av ett vetenskapligt råd – kanske partisk – som gör en högst godtycklig bedömning i det enskilda fallet, vilket i sin tur kan ha baserats på godtyckliga bedömningar gjorda av de läkare som har undersökt patienten.

För den som har insikt i den psykiatriska sjukvården i Sverige blir ter sig KAM-lagförslaget sig totalt orimligt eftersom godtycke inte är förenligt med svensk lag, och med anledning av detta är KAM-lagförslaget och hela SOU-utredningen i sig diskvalificerad.

Register över utövare samt information till vårdsökande

I det ursprungliga kommittédirektivet Dir.2017:43, har regeringen ”bedömt det som nödvändigt att skapa ett register” och skriver att utredaren skulle lämna förslag på hur ett register om vårdgivare och behandlingsmetoder som finns utanför den etablerade vården ska se ut. Utredaren skulle även med patientsäkerheten som utgångspunkt överväga vilka övriga uppgifter som bör finnas i registret. Utredaren skulle även lämna förslag på vilken aktör som skulle ansvara för registret. Utredaren Kjell Asplund underlät att göra allt detta. Det diskuterades inte ens i expertkommittén. När KAM-representanten försökte ta upp frågan, så sade Asplund att ”det blir inget register för det har vi bestämt”. Vilka ”vi” är är dock höljt i dunkel, men det visar att det finns en partiskhet i gruppen och att Asplund konfererar med någon / några andra som bestämmer utan att det springer ur sedvanlig utredningsprocedur för att sedan tas upp i expertkommittén till diskussion.

Den lagstiftningsmässiga grunden för ett register är densamma för alla, eftersom den grundar sig på definitionen av vårdgivare/ vårdtjänstgivare, oavsett om vårdgivarna ingår i gruppen offentligt finansierad hälso- och sjukvård eller inte.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagens 2 kap. om definitioner så definieras hälso- och sjukvård så här:

1 § Med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador,

3 § Med vårdgivare avses i denna lag statlig myndighet, landsting, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Denna lag omfattar således såväl legitimerade vårdgivare som dem som arbetar utanför den offentligfinansierade sjukvården liksom de vårdgivare som arbetar utan legitimation på hälso- och sjukvårdens område.

Enligt samma lag 7 kap. gäller följande:

2 § *Landstinget ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård.*

Landstinget ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Landstinget ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

7 § *I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.*

Detta innebär att regionerna måste planera sin verksamhet med utgångspunkt i befolkningens behov, det vill säga utifrån vad patienterna behöver och själva anser sig behöva. Regionerna måste ha god kunskap om varje annan vårdgivares verksamhet, främst inom den egna regionen men även utanför regiongränsen, och de måste samverka med dessa. Denna samverkansskyldighet är tvingande, men samtliga regioner i Sverige underlåter att följa denna lagstiftning

Oavsett om det handlar om vårdgivare som har personal med eller utan legitimation på hälso- och sjukvårdens område, så kan det utifrån patienternas / befolkningens behov av sjukvård finnas en nödvändighet till enkelt tillgänglig information. Därför är ett gemensamt register för alla vårdgivare en förutsättning för en gedigen kunskapsbank.

En sådan kunskapsbank skall baseras på den information som varje enskild vårdgivare tillhandahåller den systemansvarige, vilken skall vara en för både vårdgivare och patienter kostnadsfri tjänst som någon statlig myndighet ska tillhandahålla och underhålla. En annan grund för att systemet skall inkludera både legitimerade och icke legitimerade vårdtjänstgivare är att alla skall vara lika inför lagen samt att diskriminering icke få förekomma. Att 1177 Vårdguiden som ägs av SKL som i sin tur ägs av regionerna och kommunerna skall handha ett sådant system är otänkbart eftersom de är partiska och ingår i en kartell.

Ett internetbaserat offentligt register om svenska vårdgivare

Vi ger följande förslag på ett register för information om vårdgivare inom hälso- och sjukvården, hur ett sådant register skall vara utformat samt vad det bör innehålla.

Registret ska handhas och underhållas av till exempel Socialstyrelsen och skall baseras på frivillighet. Informationen i registret skall meddelas till registerhållaren från varje enskild vårdgivare och inte vara föremål för någon myndighetsredigering. Registret ska inte vara till för någon tillsynsverksamhet utan skall enbart vara ägnat att ge patienterna fullständig information om alla de vårdgivare som väljer att ansluta sig till systemet, vilket skall vara kostnadsfritt för vårdgivarna och patienterna / vårdkonsumenterna.

Registret ska innehålla uppgifter om vårdgivarens namn, kontaktuppgifter, kommun, region, uppgifter om vårdavtal, tydliga uppgifter om personalens utbildning, uppgifter om legitimation, medicinskt ansvarig, klinikansvarig och verksamhetsansvarig, vilka sjukdomsgrupper / sjukdomstillstånd som behandlas, ICD-10-koder, behandlingsmetoder, frivillig rapportering av i forskning rapporterad behandlingseffekt (i de fall som det finns sådan information). Det skall i registret vara fullständig sökbarhet på samtliga parametrar.

Utredningen måste diskvalificeras på grund av ej utfört uppdrag (del 2)

Nödvändighetsrekvisitet är inte uppfyllt

Ogiltig på grund av att nödvändighetsrekvisitet inte är uppfyllt

Människors självbestämmande över sitt familjeliv och privatliv utan inblandning från det allmänna är långtgående och skyddas av flera internationella konventioner, bland annat i ECHR om mänskliga rättigheter som står över svensk lagstiftning. Människor är också fria att välja vård och behandling. Tillika har vi näringsfrihet i Sverige. Det allmänna kan via lag endast inskränka dessa friheter när det behövs till för skydd av människors hälsa. Härav följer att man inte kan hindra människor från att ta del av landets utbud av tjänster såvida en vårdtjänst inte bevisligen är till skada för dem. Med andra ord så måste det finnas belägg för faktiska skador. Detta måste sedan proportionalitetsbedömas, det vill säga undersökas om skadorna är så pass omfattande att en förbudslag kan tillåtas.

Kjell Asplund har emellertid inte genomfört någon sådan undersökning. Han har inte visat vilka befolkningssegment som skulle ha skadats eller på vilket sätt som de skulle ha skadats, inte heller hur pass omfattande skadorna är och inte heller vilka behandlingar som skulle ha orsakat skadorna. Asplund har inte heller visat hur mycket skadorna skulle minska genom hans föreslagna insats. Lagförslaget uppfyller således inte kriterierna för nödvändighetsrekvisitet, och han har därmed inte heller gjort någon proportionalitetsbedömning, vilket är den enda grund som en begränsande lagstiftning kan gälla utifrån enligt EU-rätten. Kjell Asplund har således misslyckats i det enda som krävs av honom som utredare, nämligen att ta reda på om en begränsande lagstiftning behövs utifrån nödvändighet för skydd av människors hälsa. Det skulle vara det första som en seriös och opartisk utredare hade sett till att utreda.

Kjell Asplund har ej uppfyllt nödvändighetsrekvisitet, och utredningen måste därmed diskvalificeras och lagförslaget ogiltigförklaras.

För att kunna föreslå några inskränkningar i lagstiftningen skulle Kjell Asplund först av allt ha undersökt om det utifrån vetenskaplig grund fanns några undersökningar som visade att alternativmedicinen skulle vara farligare än den påstått ”säkra” skolmedicinen, vilken är den officiella statsfinansierade vård som patienter har tillgång till genom det allmännas försorg. Om skolmedicinen är måttstock för säker vård, då måste det antas att människor, när de väljer att gå utanför den ”säkra vården”, tillåts att ta en större risk, eftersom frihet innebär ett risktagande. Människor har genom sin fria vilja rätt till risktagande, som att sätta sig i en racingbil, ett flygplan en luftballong, eller dyka och en mängd andra saker som är förenat med en potentiell risk för skador – till och med röka cigaretter – som vi vet är ökar risken för både sjukdom och dödsfall. Inget av detta är förbjudet i lag fastän det är förenat med risker, inklusive dödsrisk. Om man vill skydda människor, så vore det mer rimligt att förbjuda cigaretter och alkohol än att hindra människor från att söka alternativ vård som är mycket säker.

Eftersom Asplund har redovisat noll siffror angående skador och dödsfall som alternativmedicinare skulle ha orsakat – och i synnerhet skulle ha orsakat de patienter som Asplunds lagförslag hindrar behandling av, det vill säga de som lider av smittsamma sjukdomar och allvarliga sjukdomar gravida samt barn – vilket är den enda grund som en inskränkande lag kan införas på, så måste Asplunds lagförslag diskvalificeras. Även nuvarande motsvarande lag, Patientsäkerhetslagen Kap 5, måste tas bort, eftersom nödvändighetsrekvisitet inte är uppfyllt och någon proportionalitetsbedömning därför inte kan göras och ej heller har gjorts.

Som grund för att genom lag begränsa KAM-utövarna vad gäller behandling, så utgår Kjell Asplund ifrån att det finns ett rigoröst regelverk för hälso- och sjukvårdspersonalen och som gör skolmedicinsk vård patientsäker och behandlingseffektiv. Det går inte att begränsa alternativmedicinen utifrån argumentet att det skulle vara för skydd av människors hälsa när den ”säkra” sjukvården/skolmedicinen själv orsakar så kopiöst många dödsfall och skador, tillika i onödan, och dessutom som en direkt följd av den skolmedicinska vården.

Skolmedicinen orsakar iatrogena skador för miljarder

Årligen dör det i USA 783 000 patienter av iatrogena skador, varav 300 000 dör av läkemedelsbiverkningar som därmed utgör den främsta dödsorsaken

Baserat på resultaten från en tioårig undersökning av statlig statistik, så är iatrogena (av sjukvården orsakade) sjukdomstillstånd/skador den främsta dödsorsaken. Iatrogena skador dödar årligen omkring 783 000 patienter i USA (0,25 promille av befolkningen), och 300 000 patienter (0,1 promille) dör till följd av biverkningarna av sina läkemedel.

<https://www.youtube.com/watch?v=rSgR9vzOYJU>

<https://www.brucelipton.com/blog/why-quantum-biology-still-being-ignored-conventional-medicine><https://www.brucelipton.com/curriculum-vitae>

Läkemedel är den tredje vanligaste dödsorsaken

Enligt John Hopkins-universitetet samt professor Peter C Gøtzsche i Danmark är läkemedelsförskrivning den tredje största dödsorsaken efter cancer samt hjärt- och kärlsjukdomar.

<https://hub.jhu.edu/2016/05/03/medical-errors-third-leading-cause-of-death/>

<https://www.youtube.com/watch?v=KpDzB8uYHgY>

FASS: Läkemedel är den fjärde vanligaste dödsorsaken och orsakar 18 % av dödsfallen på en medicinklinik i Norge

FASS skriver att dödsfall orsakade av läkemedelsbiverkningar är den fjärde vanligaste dödsorsaken i USA med 106 000 dödsfall och anger att de sanna siffrorna sannolikt är ännu högre än vad som anges i tabell 1, eftersom de bygger på sjukhusens rapporter. Dessa dödstal gäller vid korrekt ordination. Vidare skriver FASS att i grannlandet Norge har man i en studie funnit att 18 % av alla dödsfall på en medicinklinik var direkt eller indirekt associerade med läkemedelsbiverkningar.

Tabell 1. Dödsorsaker och antal dödsfall i USA år 1994 enligt ref 1.

	Dödsorsak	Antal döda
1	Hjärtsjukdomar	743 460
2	Cancer	529 904
3	Stroke	150 108
4	Läkemedelsbiverkningar	106 000
5	Lungsjukdomar	101 077
6	Olycksfall	90 523
7	Pneumoni	75 719
8	Diabetes	53 894

Läkemedel är den fjärde vanligaste dödsorsaken Källa: FASS

Över 100 000 dör i USA av sina läkemedel. Läkemedel dödar 3 000 svenskar och orsakar 6-16 % av inläggningarna på sjukhus

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, erkänner FASS siffror, eftersom SKL på sin hemsida skriver ”Studier har visat att drygt 100 000 personer dör årligen i USA på grund av felaktig läkemedelsanvändning”. Dessutom skriver SKL ”En svensk sammanställning uppskattar att 3 000 svenskar årligen dör av läkemedelsrelaterade skador och att 6-16 procent av sjukhusinläggningarna är läkemedelsrelaterade”.

https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/riskomradenatgardspaket/riskomraden/lakemedel/lakemedel_srelateradeproblem.2151.html

Läkemedel orsakar 1 av 3 inläggningar inom akutvården och 50 % av inläggningarna bland äldre patienter

I Läkartidningen skriver Ulf Bergman, professor och överläkare vid avdelningen för klinisk farmakologi samt Centrum för läkemedelsepidemiologi vid Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset att ”den omfattande läkemedelsanvändningen är en av orsakerna till problem relaterade till läkemedelsterapi, vilka visats orsaka nära en tredjedel av inläggningarna inom akutmedicin och hälften bland geriatriska patienter [2, 3]”.

<http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=15936>

100 000 drabbas varje år av vårdskador, minst 3 000 dör i onödan och 10 000 får bestående men i Sverige

Ulf Ljungblad, direktör för Helse Sör-Öst RHF i Norge, tidigare sjukhusdirektör och chefsläkare på Östra sjukhuset i Göteborg, skriver också att det i Sverige dör 3 000 patienter i onödan varje år, och han skriver vidare att ”det kom också Socialstyrelsen fram till 2008, och man visade att 100 000 patienter varje år drabbas av en vårdskada (varav cirka 2 000 anmäls) och 10 000 får bestående men”.

<https://www.expressen.se/gt/ledare/3000-avlider-i-onodan-arligen/>

Eller med andra ord – en patient dör var tredje timme i onödan på grund av misstag i sjukvården:

<https://www.tv4.se/kalla-fakta/artiklar/var-tredje-timme-d%C3%B6r-n%C3%A5gon-av-misstag-i-sjukv%C3%A5rden-4fc3bbc004bf72228b00ca68>

I Göteborgsposten skriver Ljungblad att det är minst 10 000 patienter som årligen dör i onödan.

<https://www.gp.se/debatt/minst-10-000-patienter-d%C3%B6r-i-on%C3%B6dan-varje-%C3%A5r-1.707974>

50-60 % av patienterna får biverkningar av sina läkemedel, vilket medför en vårdkostnad på 19 miljarder kronor

Göteborgsposten rapporterar att 100 000-tals människor blir sjuka av vanliga läkemedel, vilket skapar vårdkostnader på upp till 19 miljarder kronor. Enligt en svensk studie drabbas 50-60 procent av alla patienter som får vård i Sverige under ett år av någon form av biverkningar, förgiftningar, läkemedelsberoende eller otillräckliga effekter.

”Förutom ett stort enskilt lidande leder också biverkningar och följsjukdomar till direkta kostnader för patienterna på mellan 4 000 och 10 000 kronor per år. Tidigare undersökningar har fokuserat på patienter som ligger inne på sjukhus – men avhandlingen visar att en stor del av kostnaderna för sjuklighet orsakad av läkemedel finns ute hos allmänheten som vänt sig till primär- och öppenvård. Kostnaderna för den läkemedelsrelaterade vården är upp till 19 miljarder kronor per år. Vi kan se att det finns resursförbrukning även utanför vården med produktionsbortfall, men det har vi inte kunnat sätta prislappar på i de här studierna tyvärr. Människor har varit hemma från jobbet på grund av läkemedelsproblem och anhöriga som fått vård. Så klart är det inte riktigt bra, säger Hanna Gyllensten.”

Gyllensten är apotekare, forskare och nu även doktor vid Sahlgrenska akademien. Genom journalerna kunde forskarna se att det var 12 procent av befolkningen som var drabbad av läkemedelsrelaterad sjuklighet under en tremånadersperiod.

<https://www.gp.se/varannan-bliir-sjuk-av-vanliga-l%C3%A4kemedel-1.203050>

Läkarkåren har blivit den största langaren av narkotika med dödlig utgång

Dessutom visar en ny studie att majoriteten av de drogrelaterade dödsfallen i Sverige orsakas av olika läkemedel (opiater) samt att den relativa ökningen från år 2006 till 2014 var 181 %.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31260826>

Majoriteten av dödsfallen av opioider beror på läkemedel

SVD skriver att mellan åren 2006 och 2014 mer än fördubblades antalet dödsfall som orsakades av narkotika, huvudsakligen olika former av opioider, i Sverige. Nu har en grupp forskare för första gången kunnat visa vad ökningen beror på. Tvärt emot den allmänna uppfattningen orsakas inte majoriteten av dödsfallen av illegala droger som till exempel heroin utan av läkemedel. ”Det är väldigt oroväckande”, säger Anna Fugelstad, psykolog och narkotikaforskare vid Karolinska institutet som har lett studien.

<https://www.svd.se/ny-studie-lakemedel-bakom-opioid-dodsfall>

<http://www.accentmagasin.se/missbruk/fugelstad/>

4 881 - 8 785 patienter dör i Sverige av antidepressiva läkemedel (enligt dansk modell)

Peter C Gøtzsche har även redovisat att den danska dödsstatistiken visar att det i Danmark årligen dör 2 831 personer på grund av antidepressiva läkemedel. Motsvarande dödssiffra skulle vara 4 881 personer i Sverige om förskrivningen av antidepressiva läkemedel är likvärdig i de två länderna. De danska siffrorna baseras dock på att Gøtzsche har varit konservativ i sin beräkningsmodell och har sänkt de 3,6 % per år avlidna patienterna till 2 %. En uträkning baserat på den officiella andelen 3,6 % innebär dock att det i Danmark årligen dör 5 095 personer på grund av enbart antidepressiva läkemedel och i sådana fall dör 8 785 patienter i Sverige varje år.

<https://www.youtube.com/watch?v=KpDzB8uYHgY> (10 minuter in i föreläsningen)

Med sifferredovisningen ovan går det ej att inskränka alternativmedicinen

När man tar hänsyn till de dystra siffrorna ovan om utebliven behandlingseffekt, biverkningar, skador, ekonomisk förlust för patienterna samt dödsfall inom skolmedicinen som anses vara säker och effektiv, så kan man inte begränsa komplementär- och alternativmedicinen. Skolmedicinsk vård är inte patientsäker och inte heller behandlingseffektiv, vilket vi redogör för ovan. Det finns således inga objektiva och verklighetsförankrade motiv för att begränsa patienternas möjligheter att söka sig utanför regionsjukvården. EU-rätten förbjuder även generella inskränkningar som riktas mot vissa grupper som erbjuder vårdtjänster på den inre vårdtjänstmarknaden inom EU. Lagen skulle komma att förhindra utländska KAM-terapeuter att till exempel bedriva sina respektive verksamheter även i Sverige – ett klart brott mot EU-rätten. EU-rätten fastslår att nationer inte kan lagstifta i strid med den fria konkurrensen inom unionen. Ett land kan inte lagstifta om inskränkningar när det gäller behandling av till exempel vissa sjukdomsgrupper/sjukdomar. En inskränkning kan enbart göras med avseende på enskilda behandlingsmetoder, och det är då utifrån nödvändighetsrekvisitet ett krav att den lagstiftande nationen utifrån vetenskaplig dokumentation kan visa att metoden är skadlig/farlig. En nation har inte rätt att genom lagstiftning avgränsa vissa sjukdomssegment från all vård som utförs av en hel yrkeskår, till exempel av KAM-branschen.

Alternativmedicinen är ett lågriskområde

Sjukvården hade enligt Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, LÖF 16 400 anmälda vårdskador år 2017. Antalet arbetande läkare under 2017 var 28 978. Det betyder att det går 0,57 anmälningar/läkare per år. Inom alternativmedicinen är motsvarande siffra 0,0015, räknat på de anmälningar som har kommit in till det försäkringsbolag som försäkrar tvåtusen terapeuter – anmälningarna per år är så få att de går att räkna på ena handens fingrar. Det betyder att sjukvården är 380 gånger farligare/skadligare än alternativmedicinen.

Med tanke på att skolmedicinen dödar 1000-tals och skadar 100 000-tals, så blir jämförelsen något haltande när den vanligaste vårdskadan bland alternativmedicinare är att en akupunktör råkar moxabränna sin patient (en mycket begränsad hudskada). Skolmedicinen dödar minst 3 000 patienter (lågt räknat) till direkt följd av vården och skadar över 105 000 varje år. Trots detta så tycker Asplund att det är alternativmedicinen som ska begränsas...

<https://www.tv4.se/kalla-fakta/artiklar/var-tredje-timme-d%C3%B6r-n%C3%A5gon-av-misstag-i-sjukv%C3%A5rden-4fc3bbc004bf72228b00ca68>

För att kunna föreslå några inskränkningar i lagstiftningen skulle Kjell Asplund utifrån vetenskaplig grund ha jämfört hur farliga metoderna är inom skolmedicin respektive alternativmedicin. Exempelvis så tar enbart kategorin ”antidepressiva läkemedel” livet av 2 % av de patienter som under ett år ordineras sådana läkemedel. Detta gäller utifrån oberoende forskares publicerade studier. Det skulle innebära att det i Sverige varje år dör 8 785 människor enbart på grund av antidepressiva läkemedel, om de svenska förhållandena är likadana som de danska. När det gäller de medel som används inom den alternativa hälsobranchen, så har de emellertid visats vara mycket säkra.

Alternativa medel är ytterst säkra!

Hur många dör av kosttillskott – ingen! En 174-sidig rapport från den amerikanska giftinformationscentralen rapporterade noll dödsfall av kosttillskott. Ingen man, kvinna eller barn dog av kosttillskott. Punkt.

– Ingen dog av B-vitaminer, noll dödsfall av vitaminerna A, C, D eller E och noll dödsfall från övriga vitaminer. Noll dödsfall från någon aminosyra. Noll dödsfall från någon växtbaserad produkt, det vill säga noll dödsfall av echinacea, ginkgo biloba, ginseng, kava kava, johannesört, valeriana, yohimbe och noll dödsfall av asiatiska läkemedel, ayurvediska läkemedel eller vilket annat växtbaserat kosttillskott som helst. Det fanns inte heller några dödsfall från kalcium-, magnesium-, krom-, zink-, kolloidalt silver-, selen-, järn- eller multimineraltillskott.

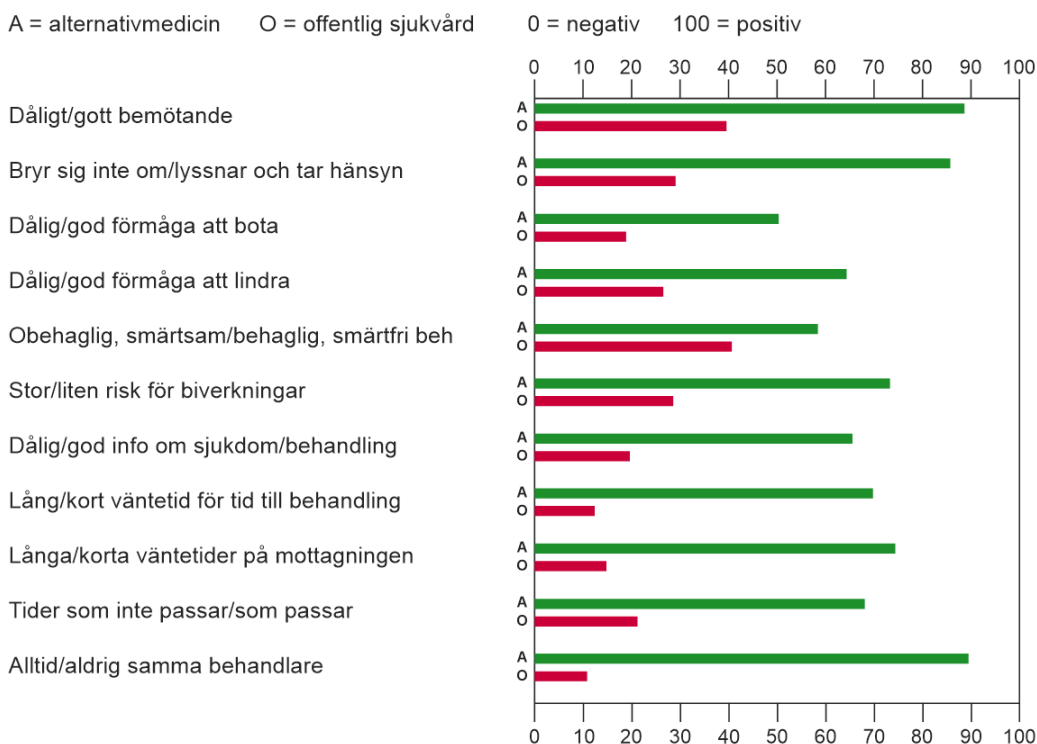
Referens: Orthomolecular Medicine News Service, January 19, 2010: <https://tinyurl.com/yavnesm>
Bronstein AC, Spyker DA, Cantilena LR Jr, Green JL, Rumack BH, Giffin SL. Årsredovisning för 2008 av den amerikanska förening av giftkontrollcentralers nationella giftinformationssystem (NPDS): 26: e årsrapporten. Klinisk toxicologi (2009). 47, 911-1084. Den fullständiga textartikeln är tillgänglig för gratis nedladdning på: <http://www.aapcc.org/annual-reports/>
Vitaminstatistik finns i tabell 22B, tidskriftssidorna 1052-3. Mineraler, örter, aminosyror och andra tillskott finns i samma tabell, sidorna 1047-8.

Alternativmedicinen får bättre omdöme av patienterna

Alternativmedicinen hjälpte dubbelt så ofta

SCB, Statistiska centralbyrån, gjorde en KAM-utredning som visade att alternativmedicinen lyckades att hjälpa patienterna dubbelt så ofta som den offentliga sjukvården nådde framgång med sina vårdinsatser. När det gäller hur patienterna uppfattar vården, så har den offentliga sjukvården inga möjligheter att konkurrera med alternativmedicinsk vård. Som man kan se i grafen nedan, så har alternativmedicinen enligt SCB fått bättre omdöme än skolmedicinen.

Är du nöjd / missnöjd med alternativmedicinen respektive skolmedicinen?



Totalsumman är större än 100 %, eftersom en del patienter har sökt för flera olika sjukdomstillstånd.

Hela den tidigare SCB-undersökningen om KAM-terapi i förhållande till skolmedicinen återges i artikeln som återfinns i bilaga 1.

I KAM-utredningen missades Novus-undersökning om alternativmedicin/ behandling

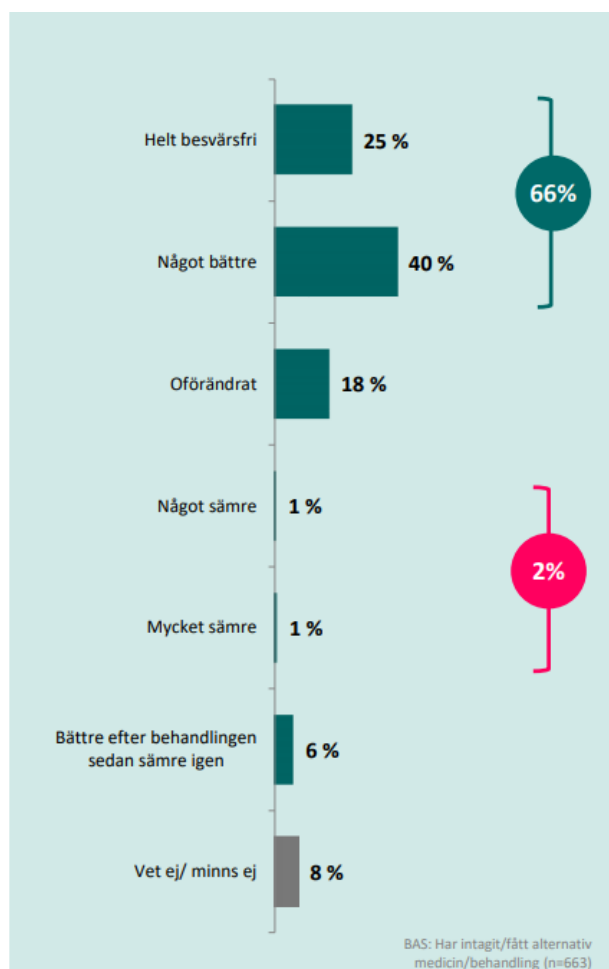
Utredningen har inte tagit upp den Novus-undersökning som kom ut i april i år och som utfördes på uppdrag av Svenska Föreningen för Vetenskaplig Homeopati. Dagens homeopati skriver: ”De som har fått en komplementär- eller alternativmedicinsk behandling under de senaste 12 månaderna uppgav 78 procent att de har blivit bättre. Tittar man över tid så avtar effekten något, men så många som 6 av 10 (66 %) blir varaktigt friskare, allt mellan något bättre till helt bra”.

När det gäller Novus-undersökningen från SFVH svarade 66 % (251 stycken) av 377 patienter att de blev varaktigt bättre. Det finns således incitament för att staten ska lägga pengar på forskning på det här området, i synnerhet eftersom 52 % (196 stycken) av deltagarna redan hade besökt skolmedicinen innan de sökte alternativvård, vilket måste tolkas som att patienterna inte fick någon tillfredsställande hjälp av skolmedicinen.

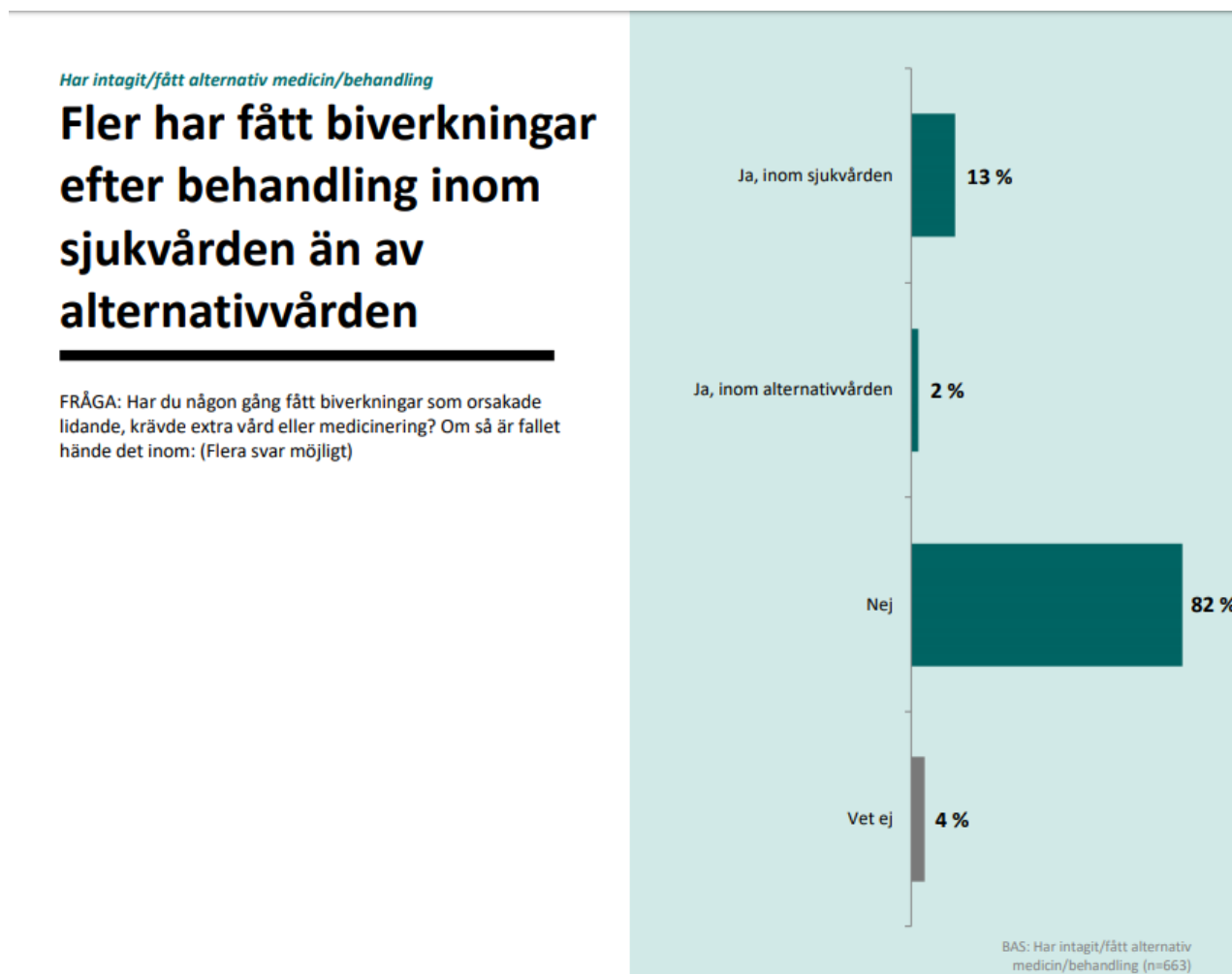
Har intagit/fått alternativ medicin/behandling

Många uppger att deras sjukdom/besvär blivit bättre efter alternativ medicin/ behandling

FRÅGA: Hur har den sjukdom/besvär förändrats som du senast sökte komplementär/alternativmedicinsk behandling för eller intog ett alternativmedicinskt preparat för? (till exempel: akupunktur, zonterapi, funktionell medicin, näringsterapi, craniosakral terapi, homeopati, kinesisk medicin, örtmedicin, osteopati, kiropraktik, naprapati, cbd-olja, kolloidalt silver, antroposofisk medicin mfl.)?



Att främja alternativmedicinen hade kunnat bespara samhället mycket pengar, inte minst eftersom skolmedicinen orsakar iatrogena skador för 19 miljarder per år i Sverige, för att inte tala om vinsterna för alla de patienter som kan bli bättre utan biverkningar, vilket minskar lidandet. Alternativmedicinen ger jämförelsevis mycket få biverkningar, vilket även Novus-undersökningen visade.



Novus-undersökningen: http://media.dagshomeopati.se/2019/06/15209_Novus-Rapport_Alternativmedicin-och-behandling_30-april-2019_FINAL.pdf

Dagens Homeopati: <http://dagshomeopati.se/2019/06/05/1-av-3-svenskar-anvander-alternativmedicin-enligt-ny-undersokning-fran-novus/>

Novus-undersökningen finns även med i bilaga 2.

Reumatikerförbundets undersökning

Under december månad 1998 sände den alternativa forskningsgruppen ut en enkät till slumpvis utvalda medlemmar i Reumatikerförbundet. Syftet var att bilda sig en uppfattning om vilka alternativa behandlingsformer som förbundets reumatiker använder och i vilken utsträckning. Reumatikerförbundet skriver ”*utfallet av enkäten visar tydligt att många människor söker och hittar alternativa behandlingsmetoder som hjälper dem*”. I enkäten fick deltagarna även själva fritt uttrycka sina åsikter. Kommentarer om de komplementära metoderna inbegrep att dessa ger effektivare lindring.

Undersökningen visade att 55 % hade fått någon eller en klar förbättring av akupunktur.

Av dem som uppger att de brukar antioxidanter/mineraler och vitaminer säger sig 50 % ha blivit bättre. Artritgruppen var mer positiv, och där var siffran hela 60 %.

Av dem som hade provat bindvävsmassage blev totalt 69 % bättre (25 % klart bättre och 44 % blev något bättre).

55 % av dem som provade att fasta mådde bättre, och de som hade diagnosen Bechterew var mest positiva.

Av dem som hade provat att äta fiskolja hade hälften upplevt en positiv förbättring.

Det var inte många som hade provat vegankost, men 32 % blev något bättre och 29 % klart bättre av vegankost. En stor andel, 61 %, uppgav således en förbättring.

14 stycken tyckte att de hade blivit bättre av healing, dock baserat enbart på 32 svar.

Av dem som har provat homeopati är det grupperna med artros och fibromyalgi som är mest nöjda, med över hälften som har ansett sig bli klart eller något bättre.

Av dem som har provat laktovegetarisk kost tyckte mer än hälften, 53 %, att kosten hade haft effekt. 10 av 12 patienter i fibromyalgigruppen upplevde effekt.

Nästan hälften av dem som har provat laser har upplevt förbättringar.

Det var bara 20 stycken som svarade att de hade provat meditation såsom TM och ACEM. Det ansågs för lite för att redovisa några siffror, men förbundet konstaterade att ingen som hade provat dessa blev sämre.

21 stycken tyckte att de hade blivit lite bättre medan de flesta inte hade känt någon förändring av Qi-Gong och Tai Chi.

Knappt hälften tyckte att psykoterapi hade gjort någon nytta, och endast 2 stycken upplevde stora förbättringar.

52 % av dem som hade provat zonterapi har blivit klart eller något bättre. Artritgruppen fick ut mest av terapin.

Av dem som hade provat örtmedicin blev 30 % klart bättre och ytterligare 30 % något bättre. Totalt mådde således 60 % bättre av sin behandling. Behandlingen var bäst för artrit-, artros och Bechterewgrupperna.

Läs hela artikeln om studien i bilaga 3.

”Bara en enkätstudie”

Även om undersökningen ”bara” var en enkätstudie (Asplund refererar å andra sidan själv till flera enkätundersökningar), så ger det en fingervisning om att många människor provar alternativmedicinsk behandling och att de även upplever positiv effekt. Det antal som enligt analysen upplever behandlingseffekt ligger ofta på 50 %, oavsett terapi. Det som är intressant i sammanhanget är att det har utförts en svensk studie om skolmedicinsk behandling, och enligt expertpanelen med läkare drabbas: ”50-60 % av alla patienter som får vård i Sverige under ett år av någon form av biverkningar, förgiftningar, läkemedelsberoende eller otillräckliga effekter”.

<https://www.gp.se/varannan-blir-sjuk-av-vanliga-l%C3%A4kemedel-1.203050>

Det finns således all anledning att mer ingående undersöka de alternativmedicinska terapierna angående behandlingseffekt, vilket ingick i Asplunds uppdrag, men det är något som Asplund helt har struntat i att utföra.

Sjukvården drar fel slutsats

Reumatikerförbundet anger att ibland har antalet patienter som har testat en terapi varit lågt och menar att därav följer att man inte kan dra några riktigt säkra slutsatser. Även sjukvårdsetablissemangen menar att de studier som utförs på KAM-terapi i regel är för små för att få ett säkerställt utfall, en form av kritik som för övrigt även är vanlig vid översikter av metoder inom den etablerade hälso- och sjukvården. Att framföra denna kritik mot diverse metoder är kutym inom sjukvården. Detta betyder att studier kategoriskt förkastas på grundval av att studieobjekten generellt sett ”anses” vara för få för att passa in i medicinelitens ”gold standard”-mall för hur en ”korrekt studie” ska vara utformad och utförd. Den modell som regionsjukvården, SBU och universiteten eftersträvar baseras på prospektiva, randomiserade och kontrollerade (företrädesvis dubbelblinda) studier som i huvudsak baseras på kvantitet i stället för kvalitet.

Anledningen till att man behöver många studieobjekt beror på att om forskarna vill finna små, marginella effekter, så måste analysen baseras på kvantitativt sett mycket stora studier – detta krävs till exempel när man vill genomföra jämförande studier mellan olika läkemedel eller om man vill upptäcka biverkningar som uppkommer hos exempelvis 1 av 1000. Det är emellertid så att för behandlingsmetoder som ger en mycket hög utdelning med avseende på behandlingseffekt, så behöver studien inte vara särskilt stor för att kunna visa att metoden har effekt.

Signifikans

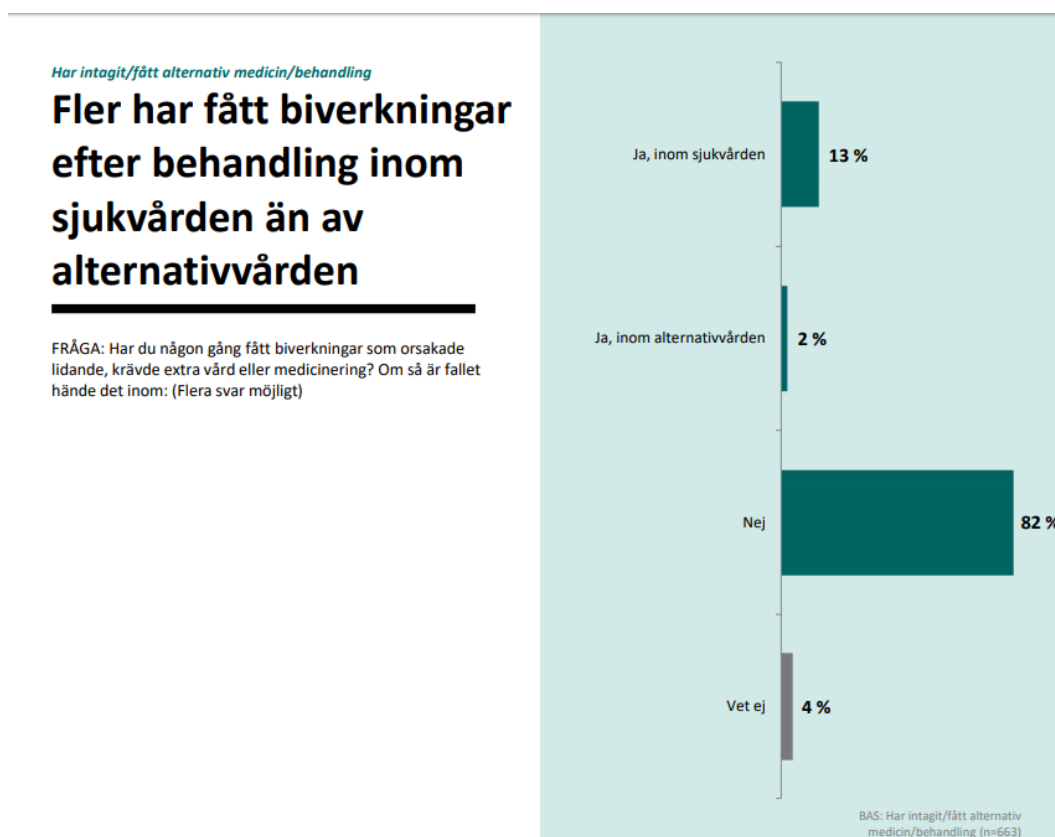
Med andra ord, för att kvantitativt sett stora studier ska kunna ge ett signifikant resultat, så krävs det endast en ringa behandlingseffekt. Läkemedelsstudier är enkla att utföra på detta sätt, eftersom patientunderlaget är stort. I sådana studier kan en ringa behandlingseffekt leda till att signifikansvärdet blir tillräckligt lågt för att behandlingseffekten ska räknas som signifikant. KAM-terapi har sällan möjlighet att utföras på någon större patientpopulation, varför gold standard-upplägget inte är lämpligt i de fallen. Detta upplägg krävs å andra sidan inte för att uppnå signifikans, vilket läkare och forskande läkare med flera inte verkar veta. För att små studier ska kunna ge ett signifikant resultat, så krävs det emellertid uppenbara effekter på en stor andel av patienterna. För att i detalj kunna förstå signifikansbegreppet, så måste man ha fördjupade och goda kunskaper i matematisk statistik. Gold standard-upplägget kan inte heller utföras på alla former av terapi. Psykologisk behandling går det överhuvudtaget inte att utföra dubbelblindt, eftersom studier på psykologiska behandlingsmetoder alltid baseras på att terapeuten/psykologen är medveten om behandlingsupplägget och behandlingens utförande. Samma sak gäller för de flesta fysiologiska behandlingsmetoder som finns samt för manuell behandling, till exempel massage, traktionsterapi, fysioterapi, kiropraktik, naprapati, osteopati och zonterapi. En mängd metoder kan studeras utan att studierna har några kontrollgrupper. En metod som botar en hög andel av kroniskt sjuka kan definitivt sägas fungera i de fall då det är känt att de patienter som inte får behandlingen i stort sett aldrig tillfrisknar genom så kallad spontanläkning.

Även små studier kan uppnå signifikans

Låt oss låna siffrorna från det healing-exempel som Reumatikerförbundet tar upp, där 14 stycken patienter uppger att de förbättrades i en behandlingsgrupp på 32 personer. Om man hade haft en kontrollgrupp, i vilken patienterna inte erhöll någon behandling alls, men vissa av dem ändå blev bättre, så skulle studien ha en mycket låg signifikans om antalet förbättrade patienter i kontrollgruppen var 8 stycken. Vore värdet 7, så skulle det leda till en medelhög signifikans, och om värdet i stället var 6, så skulle det innebära hög signifikans. Här ser man även att skillnaderna blir stora vid variationer på bara någon enskilda patient i en liten studie. Om man från skolmedicinskt håll vet att dessa kroniskt sjuka patienter lider av en progressiv sjukdom och att de normalt sett inte kan förvänta sig någon spontan förbättring, så kan man utan att ha någon kontrollgrupp ana att signifikans föreligger. När det gäller utfallet för bindvävsmassage, där 51 personer (69 %) av 74 blev bättre, så är resultatet signifikant så länge den fiktiva kontrollgruppens förbättringsfrekvens inte överstiger 39 stycken. Om 38 förbättras i kontrollgruppen, så ger det en medelhög signifikans, och om det är 36 stycken, så leder det till en hög signifikans. Med andra ord så kan 39 personer i en grupp på 74 patienter med kroniskt sjuka bli bättre spontant – och det skulle ändå vara ett signifikant behandlingsresultat om det vore så att 51 av 74 behandlade patienter fick en behandlingseffekt. Så, låt er inte luras av det som eliten säger – att små studier inte kan visa på någon signifikans. Det kan de!

Som ett avslutande exempel tar vi en behandlingsgrupp på 15 patienter som lider av en viss kronisk och progredierande sjukdom. Om det i en obehandlad grupp som består av lika många patienter endast är 1 patient som förbättras spontant, så krävs det i en behandlingsgrupp endast 4 stycken patienter som erhåller en förbättring för att man ska uppnå en medelhög signifikans till förmån för behandlingsmetoden. P-värdet skulle då bli $1,9 \times 10^{-3}$). Även utifrån en liten behandlingsgrupp kan man alltså få ett signifikant behandlingsresultat.

När det gäller Novus-undersökningen från SFVH, beskriven här ovan, där 66 % av 1 141 patienter svarade att de blev varaktigt bättre, så hade så många som 700 patienter kunnat bli spontant bättre/tillfriskna, och det hade ändå varit hög signifikansnivå. Hur troligt är det att 700 av 1 141 patienter skulle bli bra/bättre utan åtgärd? Den chansen är 0 %. Det finns således incitament för att staten ska lägga pengar på forskning på det här området, i synnerhet eftersom 52 % av deltagarna redan hade besökt skolmedicinen innan de sökte alternativvård, vilket måste tolkas som att patienterna inte fick någon tillfredsställande hjälp av skolmedicinen. Därmed vet vi att signifikansnivån måste vara extremt hög för studien. Detta förstår vi, eftersom 593 patienter (52 %) inte har fått bot av skolmedicinen. Således har det inte varit möjligt för 700 personer att spontantillfriskna, eftersom den kvarvarande gruppen, möjlig för spontanläkning, bara består av 548 personer. Att främja alternativmedicinen hade kunnat bespara samhället mycket pengar, inte minst eftersom skolmedicinen orsakar iatrogena skador för 19 miljarder per år i Sverige. Alternativmedicinen ger jämförelsevis mycket få biverkningar, vilket även Novus-undersökningen visade, för att inte tala om vinsterna för alla de patienter som kan bli bättre utan biverkningar.



En tredjedel av svenskarna besöker varje år alternativmedicinen

Enligt studien ”*Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants*” använder i runda tal 10-40 % av EU-ländernas befolkningar minst en KAM-terapi inom loppet av 12 månader. I Sverige är den siffran 31,5 %. Med internationella mått så är det således en hög andel av den svenska befolkningen som vill ha tillgång till KAM-terapi. Regeringsformen ger stöd för att lagstiftaren stiftar lagarna i enlighet med befolkningens önskemål, och eftersom det finns en stor andel av svenskarna som vill begagna sig av KAM-terapi, så finns det ingen anledning för lagstiftaren att motsätta sig det genom att inskränka tillgången till sådana metoder. Listan nedan är hämtad ur ovan nämnda studie.

Table I. Used at least one CAM therapy during the last 12 months.

Country	Weighted percentage	Standard error	Unweighted total count
Austria	35.5	1.2	1768
Belgium	24.6	1.1	1760
Czech Rep.	25.0	1.1	2045
Denmark	32.1	1.4	1493
Estonia	35.1	1.2	2030
Finland	35.3	1.2	2081
France	31.2	1.4	1907
Germany	39.5	1.1	3019
Hungary	9.5	0.8	1649
Ireland	19.2	1.0	2261
Israel	15.1	0.8	2491
Lithuania	32.9	1.3	2174
Netherlands	14.1	0.9	1917
Norway	28.8	1.3	1433
Poland	12.9	0.9	1588
Portugal	14.1	1.4	1030
Slovenia	22.7	1.4	1196
Spain	17.2	0.9	1894
Sweden	31.5	1.2	1763
Switzerland	39.4	1.3	1525
UK	20.6	1.0	2234
All countries	26.0	0.3	39258

Tabellen ovan visar hur stort behovet och efterfrågan av alternativmedicin och KAM-terapi är i de olika europeiska länderna. Sverige intar tillsammans med åtta andra länder en tätposition bland de 22 undersökta länderna när det gäller befolkningens nyttjande av KAM-terapi.

Enligt regeringsformen skall den offentliga makten utgå ifrån folket. Detta innebär delvis att lagstiftaren skall basera lagarna på befolkningens önskemål. Lagarna skall dessutom fattas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Sjukvård är en privat angelägenhet och ett val som den enskilde patienten har rätten att fatta. Det allmänna (inklusive lagstiftaren) skall verka för goda förutsättningar för hälsa. Lagstiftaren skall även verka för att demokratins idéer blir vägledande inom samhällets alla områden, vilket inkluderar sjukvård. Lagstiftaren (Riksdagen) är folket främsta företrädare.

Regeringsformen (1974:152)

1 kap. Statsskickets grunder

1 § All offentlig makt i Sverige utgår från folket.

2 § Den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa.

Det allmänna ska verka för att demokratins idéer blir vägledande inom samhällets alla områden samt värna den enskildes privatliv och familjeliv.

Lag (2010:1408).

4 § Riksdagen är folkets främsta företrädare.

Riksdagen stiftar lag, beslutar om skatt till staten och bestämmer hur statens medel ska användas. Riksdagen granskar rikets styrelse och förvaltning. *Lag (2010:1408).*

KAM-utredningen har inte varit renhårig

Det har förekommit ”kohandel”

Det har framkommit att det har förekommit skamliga förslag eller ”kohandel” inom expertkommittén. Det föreslogs i kommittén att KAM-representanten skulle acceptera deras förslag som gick ut på att ”*alternativmedicinare skulle få behandla allt men inte bota något*”. KAM-representanten vägrade förstås att acceptera ett så vansinnigt förslag. De fortsatte då ihärdigt att tala för förslaget, ”*men ni får ju behandla allt...*” argumenterade de.

Så här får det verkligen inte gå till! Den här sortens kohandel får inte förekomma i en statlig utredning, utan ställningstaganden måste baseras på en noggrann och objektiv utredning som är transparent.

Eftersom utredningen har försökt att kohandla med den enda alternativterapeuten /KAM-representanten som fanns i gruppen – ett utsatt läge för vederbörande – så måste utredningen diskvalificeras av den anledningen.

Det har förekommit omotiverad om inte olaglig ”tystnadsplikt”

Vi har fått information om det yttrandefrihetsberövande som experterna i kommittén har utsatts för under arbetet med KAM-utredningen. De har inte skrivit på någon tystnadspliktsförbindelse men har blivit muntligen tillsagda (belagda med munkavle). KAM-representanten fick inte dela utredningsdokument med någon annan, och KAM-representanten tilläts endast att diskutera med sin egen styrelse. Hur kan man effektivt diskutera något om man inte får dela utredningsdokument? KAM är en branschorganisation som företräder många organisationer. KAM-representanten har dock inte fått diskutera transparent och öppet med sakkunniga inom branschen eller ens kunnat involvera sakkunniga inom de förbund som KAM representerar eller samarbetar med, och inte heller med jurister. KAM-representantens yttrandefrihet har därmed kränkts och möjlighet att kunna inhämta sakkunskap har inskränkts så till den grad att det äventyrar hela utredningens kredibilitet. Det betyder att hela KAM-branschens framtid har i princip vilat på en enda persons axlar, och KAM-representanten har tvingats att ensam föra KAM-branschens talan mot individer som helst ser att hela KAM-branschen inte får bota något. Att vara ensam KAM-terapeut i en grupp med 16 skolmedicinare eller företrädare för skolmedicinen kan inte ha varit lätt, i synnerhet när KAM-representanten har bakbundits och förbjudits att konferera med hela den egna branschen (förutom den egna styrelsen). Detta kan inte vara rätt och riktigt i en demokratisk rättsstat, och det är synnerligen upprörande för branschen, vilken på så sätt har hållits helt utanför när det gäller angelägenheter som den direkt berörs av. Detta bryter mot offentlighetsprincipen och de mänskliga rättigheterna om individuell yttrandefrihet och åsiktsbildning samt mot regeringsformens paragraf om desamma. Att belägga kommittéexperterna med tystnadsplikt på grund av att arbetsgruppen skall få arbetsro, vilket är Socialdepartementets förklaring, har ingen lagstiftningsmässig grund. Dessutom påverkas inte arbetsron av att något diskuteras utanför expertkommitténs sammanträdesrum. Befolkningen har till och med rätt att lyssna på de diskussioner som äger rum i Riksdagen.

Utredningen måste helt enkelt diskvalificeras på enbart denna grund. Att tysta den enda KAM-terapeuten i expertkommittén är under all kritik och är synnerligen upprörande.

Register över KAM-utövare

När KAM-representanten tog upp att expertkommittén måste diskutera registerfrågan angående KAM-terapeuter, så svarade Asplund att *"det blir inget register för det har vi bestämt"*. Vilka "vi" är dock höljt i dunkel, men det visar att det finns en partiskhet i gruppen och att Asplund konfererar med någon/några andra som bestämmer utan att det springer ur sedvanlig utredningsprocedur för att sedan tas upp i expertkommittén till diskussion. Asplund var ålagd att utreda registerfrågan, eftersom det i det ursprungliga kommittédirektivet Dir 2017:43 uttryckligen stod att ett bedömdes som nödvändigt att ett sådant register skapades. Utredaren skulle dessutom lämna förslag på hur ett register om vårdgivare och behandlingsmetoder som finns utanför den etablerade vården skulle se ut. Utredaren skulle även med patientsäkerheten som utgångspunkt överväga vilka övriga uppgifter som borde ingå i ett sådant register. Allt detta underlät Kjell Asplund att göra trots påpekanden.

KAM-utredningen strider mot EU-rätten

Eftersom KAM-utredningen slutligen har lagt fram ett lagförslag som konkurrensbegränsar vård och behandling, så strider det mot EU-rätten (artikel 49 i EU-fördraget), och expertkommittén framstår därmed som uppenbart partisk.

Kjell Asplunds lagförslag är inte förenligt med grundläggande fri- och rättigheter och den fria rörligheten för tjänster inom EU. Inte heller är lagförslaget förenligt med EU:s konkurrenslagar och regelverk om missbruk av dominerande ställning samt EU:s förbud mot kartellbildning.

Utifrån dessa grunder måste utredningen diskvalificeras och lagförslaget ogiltigförklaras – även nuvarande patientsäkerhetslag, kapitel 5, måste genast tas bort ur lagstiftningen!

Artikel 49 i EU-fördraget innehåller två förbud

EU:s konkurrensregler, baserat på artikel 49 i EU-fördraget, innehåller två förbud – ett mot konkurrensbegränsande avtal (konkurrensbegränsande lagar) och ett mot missbruk av dominerande ställning.

I KAM-utredningens expertkommitté ingick flera personer från de svenska regionerna, och regionernas dominerande ställning kommer ytterligare att förstärkas i framtiden av det i juni framlagda KAM-lagförslaget. Detta partiska lagförslag tar inte hänsyn till patienternas/vårdkonsumenternas hälsa utan kommer ofelbart att leda till att regionerna och andra vårdgivare med hälso- och sjukvårdslegitimerade yrkesutövare i personalstyrkan får ensamrätt på vissa vårdtjänster som riktas till vissa patientgrupper/vårdkonsumenter. Denna slutsats stärks av att Asplund inte har uppfyllt nödvändighetsrekvisitet, det vill säga att hans beslut inte utgår från någon analys som är baserad på i vetenskapliga sammanhang befästa risker och skador.

De svenska sjukvårdsregionerna har genom sin intresseorganisation SKL skapat en kartell som syftar till att bevaka och förstärka regionernas dominerande ställning. Denna dominerande ställning stöds av lagförslaget som inskränker konkurrenter från att utmana regionernas dominerande ställning när det gäller behandling av patienter. Lagförslaget mutar således in regionernas revir. KAM-lagförslaget kan därför betraktas som ett konkurrensbegränsande avtal.

EU-rättsliga överväganden om den fria konkurrensen

Parallellt med den svenska konkurrenslagen ska det svenska Konkurrensverket tillämpa de konkurrensregler som finns inom EU. Konkurrensreglerna inom EU gäller som svensk lag parallellt med den svenska konkurrenslagstiftningen som ska harmoniera med EU-lagstiftningen. En förutsättning för att reglerna ska gälla är att den fria rörligheten mellan Sverige och minst ett annat medlemsland kan påverkas. Avtal som är ägnade att inte enbart beröra svenska företag, till exempel avtal som gäller import eller gränsöverskridande vård och etablering av vårdtjänster, kan även påverka samhandeln, och ska då prövas enligt EU:s konkurrensregler.

Eftersom hela EU är fullt av icke legitimerade terapeuter som erbjuder sina vårdtjänster inom hela EU, samt att medborgare från ett annat EU-land i Sverige söker vård som ligger utanför den etablerade sjukvården, så är förutsättningen för att den fria rörligheten kan påverkas mellan Sverige och minst ett annat medlemsland uppfylld, och därmed skall lagförslaget diskvalificeras.

Europadomstolens fasta praxis är att varje form av restriktion i det fria tjänsteutbytet på den inre marknaden omfattas av fördragets förbud mot sådana restriktioner, alltså inte enbart inskränkningar som är av diskriminerande natur. En vårdtjänst som används i en medlemsstat får inte förbjudas i någon annan medlemsstat, eftersom det då skulle förhindra den fria konkurrensen. Det nya lagförslaget och det fortfarande gällande femte kapitlet i patientsäkerhetslagen strider således mot den fria rörligheten.

EU-rätten förbjuder en genomgående inskränkning av behandling av vissa definierade sjukdomar och sjukdomstillstånd (referens: rättsutlåtande den 27 augusti 2009 av Carl Michael von Quitzow, LL.D. samt Jur. dr. och Jean Monnet-professor i europeisk rätt). Det nya lagförslaget och även det femte kapitlet i den nu gällande patientsäkerhetslagen är ogiltigt i förhållande till EU-rätten, eftersom de båda bryter mot EU:s grundläggande praxis och regelverk. Den svenska staten har således redan år 1998 infört en obefogad restriktion i det fria tjänsteutbytet, och det nya lagförslaget innebär även det ett brott mot EU-rätten. Ett generellt förbud mot att erbjuda vissa grupper av vårdkonsumenter en hel yrkeskårs vårdtjänster kan inte anses vara befogat utifrån proportionalitet (bilaga 4).

Det går helt enkelt inte att inom EU förhindra någon EU-medborgare att kunna söka en viss vårdtjänst som erbjuds inom ett EU-land, eftersom det inte skulle vara förenligt med den fria rörligheten av varor, tjänster och konsumenter (vårdtjänster och vårdkonsumenter). Inom EU gäller det att **fri rörlighet ska råda för varor, tjänster, personer och kapital**, vilket kallas för de fyra friheterna. Det går i synnerhet inte att välja ut att enbart vissa kategorier av medborgarna inte skulle ha tillgång till de vårdtjänster som övriga medborgare inom EU har. Det allmänna får inte lov att stifta sådana lagar.

Skall en stat förbjuda något, så ska det ske utifrån så kallade undantagshänsyn, vilka baseras på att skyddet för miljön samt människors och djurs liv och hälsa sätts främst. Sådana undantag måste befastas i EU-domstolen. Den första förutsättningen för att ett undantag skall kunna medges är att restriktionen är nödvändig för att utifrån erkända vetenskapliga forskningsrön skydda den allmänna hälsan. En metod som inte har bevisats vara farlig, skadlig eller kunna medföra betydande risker för skador på patienterna kan alltså inte förbjudas. De vårdtjänster som den icke legitimerade terapeuten utför står öppna för alla EU-medborgare och kan inte förbjudas utan något sådant i EU-domstolen befast undantag. Det går inte att hindra EU-medborgare från att söka en viss vårdtjänst, då det inte skulle vara förenligt med den fria rörligheten.

Kjell Asplund skriver om KAM-lagförslaget ”*förslaget bedöms förenligt med grundläggande fri- och rättigheter och den fria rörligheten för tjänster*”. Asplund skriver dock inga motiveringar eller förankrar sin bedömning eller slutledning i några faktiska utredningsmässiga termer om *hur* han har kommit fram till den slutsatsen.

Den svenska staten har ingen EU-rättslig grund att stödja sig på för att vare sig behålla patientsäkerhetslagens femte kapitel eller införa någon sådan ny lag som KAM-utredningen föreslår. Därför kan Asplunds lagförslag inte antas, och nuvarande Patientsäkerhetslag kap 5 måste genast tas bort ur lagstiftningen.

Förbud mot konkurrensbegränsande avtal

Vårdtjänstgivares (regionerna i Sverige) samarbeten och partiska avtal/ samarbeten som kan påverka vårdtjänstmarknaden inom EU och/eller dess enskilda medlemsstater och som hindrar, begränsar eller snedvrider konkurrensen är förbjudna. Alla regioner är liksom staten inregistrerade företag. De skall enligt EU-rätten således betraktas som företag i ordets rätta bemärkelse. Förbudet att hindra, begränsa eller snedvrider konkurrensen gäller i första hand partiska avtal och samarbeten som:

- direkt eller indirekt fastställer priser,
- begränsar produktion, marknader, teknisk utveckling eller investeringar,
- leder till marknadsuppdelning,
- innebär att handelspartners får olika villkor vid likvärdiga transaktioner,
- innehåller krav som inte har något samband med det som avtalet avser, så kallat kopplingsförbehåll.

Regionerna fastställer tillsammans med staten kostnaderna för vård på vårdtjänstmarknaden i Sverige. Regionernas verksamhet (kartellen) är dock skattesubventionerad genom landstingsskatten och det *snedvrider således den fria konkurrensen*. För att kunna komma runt denna snedvridning, så skulle regionerna erbjuda likvärdig ersättning till alla dem som erbjuder vårdtjänster, så att patienterna fritt skulle kunna välja vilken vård och vårdtjänstutförare som de själva vill ge samtycke till.

EU-förbudet gäller begränsning av marknader. Vårdmarknaden är enligt EU en marknad, och den faller således inom ramen för EU-rätten. Genom Kjell Asplunds och KAM- utredningens partiska lagförslag begränsas den svenska vårdtjänstgivarmarknaden gentemot vårdkonsumenterna, eftersom både vårdtjänstgivare och vårdkonsumenter utestängs från den skattefinansierade svenska vårdtjänstmarknaden där endast den partiska skolmedicinska kartellen släpps in. Detta begränsar i sin tur även investeringar och leder till en total marknadsuppdelning av marknaden, vilket inte är förenligt med den fria etableringsrätten för tjänster inom EU. Att den alternativa vårdmarknaden begränsas, och även det faktum att det begränsas genom kartellbildning, är inte förenligt med EU-rätten.

Att icke legitimerade vårdtjänstgivare utanför den etablerade hälso- och sjukvården är momsbelagda är även det en snedvridning av konkurrensen på hälso- och sjukvårdens marknad. Moms på vårdtjänster som utförs av icke legitimerade personer måste således tas bort.

Förbud mot missbruk av dominerande ställning

Det är förbjudet för ett företag som har en dominerande ställning att missbruka den. Detta gäller även regionerna och staten som är inregistrerade företag. Enligt detta EU-förbud får företaget inte:

- tvinga en avtalspart att betala oskäligen priser eller acceptera andra oskäligen affärsvillkor,
- begränsa sin produktion, sina marknader eller sin tekniska utveckling till nackdel för konsumenterna,
- tillämpa olika villkor för likvärdiga transaktioner,
- kräva att en avtalspart ska acceptera vissa villkor som inte har med avtalet att göra, så kallat kopplingsförbehåll.

Detta innebär att staten och/eller regionerna inte får använda sin dominerande ställning för att begränsa vårdtjänstmarknaden inom EU, så att det blir till nackdel för vårdkonsumenterna (patienterna). KAM-lagförslaget begränsar således mångfalden av valmöjligheter (den fria rörligheten och den fria konkurrensen) för vårdkonsumenterna. Därmed kan vårdkonsumenterna (patienterna) inte fritt välja mellan alla de möjligheter till bättre och effektivare vård som finns.

Partiska avtal eller beslut (detta gäller även lagstiftande beslut) som strider mot EU:s konkurrensregler, företrädesprincipen och EU-rätten är ogiltiga. Om det är så att företag, kommuner, regioner eller stat bryter mot reglerna, så kan EU-kommissionen besluta om böter samt om ålägganden vid vite att upphöra med ett beteende. EU:s konkurrensregler riktar sig även mot medlemsländernas regeringar. Ett land får alltså inte agera på ett partiskt sätt som hindrar den fria rörligheten inom EU när det gäller tjänster inom vårdmarknaden. Kommissionen kan förbjuda statliga stödåtgärder som snedvrider konkurrensen mellan medlemsländerna.

Offentliga förvaltningar får inte diskriminera företag från andra EU-länder när det gäller upphandling av varor och tjänster. Detta gäller även vårdtjänstmarknaden inom EU.

Förbud mot kartellbildning inom EU

Förutom de grundläggande och delvis grundlagsskyddade kraven strider expertkommitténs sammansättning även mot den EU-rätt som begränsar statens möjlighet att bilda kartell och skapa nationella lagar som snedvrider konkurrensen gentemot de andra vårdtjänstgivarna inom EU.

Karteller utgör en allvarlig överträdelse av EU:s konkurrensregler. Partiska karteller leder till högre priser och ett mindre antal konkurrerande vårdtjänstgivare, vilket är till skada för konkurrensen, vårdkonsumenterna och samhällsekonomin. Partiska karteller på hälso- och sjukvårdens område drabbar nämligen alltid vårdkonsumenterna på vårdtjänstmarknaden inom EU.

De företag (regionerna och staten) som ingår i en partisk kartell bryter mot förbudet mot konkurrensbegränsande samarbete i det 2 kapitlet i 1 § i konkurrenslagen.

Otillåtna inskränkningar av det fria utbytet av tjänster

Det är ställt utom allt tvivel att medicinska tjänster omfattas av EU-fördragets regler om fri rörlighet för tjänster. Europadomstolens fasta praxis är att varje form av restriktion i det fria tjänsteutbytet på den inre marknaden omfattas av fördragets förbud mot sådana restriktioner, alltså inte enbart inskränkningar som är av diskriminerande natur. En metod som används i en medlemsstat får inte förbjudas i någon annan medlemsstat, eftersom det då skulle förhindra den fria konkurrensen. Det nya lagförslaget och det fortfarande gällande femte kapitlet i patientsäkerhetslagen strider således mot den fria rörligheten.

EU-rätten förbjuder genomgående en inskränkning av behandling av icke specificerade sjukdomar och sjukdomstillstånd – av dödliga sjukdomar och så kallade allvarliga sjukdomar. Behandling av en döende patient innebär dock inte per automatik att den icke sjukvårdslegitimerade tjänsteutföraren skulle använda sig av någon livshotande eller skadlig behandlingsmetod, och därför är det nya lagförslaget och även den i nuläget gällande lagen ogiltig i förhållande till EU-rätten, eftersom den bryter mot EU:s grundläggande praxis och regelverk. Den svenska staten har således redan år 1998 infört en obefogad restriktion i det fria tjänsteutbytet, och det nya lagförslaget innebär även det ett brott mot EU-rätten.

Undantag från den inre marknads princip

Det finns offentliga regleringsintressen som kan berättiga undantag från den inre marknads princip om fri rörlighet för produkter, produktionsfaktorer och tjänster. Av Europadomstolens praxis framgår det att skyddandet av människors och djurs liv och hälsa sätts främst när det gäller undantagshänsyn. Den första förutsättningen för att ett undantag skall kunna medges är att restriktionen är nödvändig för att utifrån erkända vetenskapliga forskningsrön skydda den allmänna hälsan. En vårdmetod/ vårdtjänst som inte har bevisats vara farlig, skadlig eller kunna medföra betydande risker kan alltså inte förbjudas.

I det nyligen offentliggjorda lagförslaget inriktar sig utredningen huvudsakligen inte på att förbjuda några specifika behandlingsmetoder utan i stället på att förbjuda vårdtjänster som utförs av icke legitimerade vårdtjänstutförare och som erbjuds vårdkonsumenter som tillhör vissa sjukdomsgrupper. Detta är helt oförenligt med EU-rätten och Europadomstolens praxis. Det strider för övrigt mot all rim och reson när det gäller moral och vårdetik. Allvarligt sjuka vårdkonsumenter (patienter) ska inte begränsas från att kunna få alternativmedicinsk vård och behandling, i synnerhet inte när den offentliga sjukvården har misslyckats med sina försök att bota. I de fall då den offentliga sjukvården enbart har skadliga metoder att erbjuda patienterna (metoder som i viss utsträckning är dödliga eller framkallar allvarliga biverkningar), så finns det ingen försvarbar sjukvårdsetik i att förbjuda medicinskt icke legitimerade att erbjuda annan i sig oskadlig behandling.

Det finns ingen nödvändighet i att förbjuda undersökning och behandling av barn under en viss ålder, utifrån skyddet för folkhälsan. Inom EU gäller samma regelverk för barn som för vuxna. Inte heller finns det utifrån skyddet för folkhälsan någon nödvändighet att förbjuda icke sjukvårdslegitimerade vårdtjänstutförare att behandla dödliga eller allvarliga sjukdomar och sjukdomstillstånd. En proportionalitetsbedömning blir i detta fall överflödig, eftersom nödvändighetsrekvisitet inte ens är uppfyllt.

Den svenska staten har alltså ingen EU-rättslig grund att stödja sig på för att vare sig behålla patientsäkerhetslagens femte kapitel eller införa någon sådan ny lag som Alternativ- och komplementärutredningen föreslår. För införandet av en sådan ny lag saknas det således legitimitet.

De lagar och lagförslag som avhandlas i vårt remissyttrande utgör helt klart otillåtna inskränkningar av det fria utbytet av tjänster på EU:s inre marknad. Eftersom en inskränkning av behandling i botande syfte av de ifrågavarande sjukdomstillstånden samt undersökning och behandling av barn under en viss ålder är tillåtna i andra medlemsstater, så bryter den svenska lagstiftningen och det nya lagförslaget mot den inre marknadens vedertagna princip om ömsesidigt erkännande inom EU.

Det nya lagförslaget samt den nu gällande lagstiftningen i det femte kapitlet i patientsäkerhetslagen medför en uppenbar restriktion av det fria tjänsteutbytet i och med ett nationellt förbud som i sig skulle innebära att icke sjukvårdslegitimerade inte skulle få behandla vissa utvalda segment av vårdkonsumentgruppen. Till detta tillkommer även det faktum att den svenska lagen inte på något sätt kan anses vara berättigad med hänsyn till något skydd av den allmänna hälsan. Lagförslaget måste således förkastas, och det femte kapitlet i patientsäkerhetslagen måste även det tas bort ur den nu gällande lagen.

EU-rätten går före nationell lag

Enligt företrädesprincipen står EU-rätten över all annan svensk lag, och rättigheten till fri rörlighet ägs av alla svenska vårdkonsumenter (patienterna). Den rättigheten säkerställer alltså en fri vårdtjänstmarknad inom hela EU, och en sådan gäller även för alla svenska vårdkonsumenter/patienter.

Rättigheten att välja vård fritt inom EU gäller fullt ut och kan inte inskränkas genom nationell lagstiftning. EU grundas nämligen på en oinskränkt fri konkurrens och ett kundbegrepp som präglar EU-rättsliga bedömningar i Europadomstolen. EU-rätten har alltså säkerställt ett kundbegrepp inom sjukvården, nämligen vårdkonsumenterna.

En vårdtjänstgivare från ett EU-land har alltid rätt att erbjuda sina tjänster i andra EU-länder. Vederbörande har alltså rätt att inom unionen förflytta sig över olika nationsgränser och utföra sina tjänster i samtliga andra EU-medlemsstater. Detta gäller även vårdtjänstgivare/utförare av vård, och det gäller oavsett om dessa utförare är legitimerade eller icke legitimerade.

EU-rättens artikel 49 i EU-fördraget om en oinskränkt vårdtjänstmarknad har ingenting att göra med medlemsstaternas lagstiftning om hur deras respektive sjukvårdssystem/ patientförsäkringssystem är utformade. Att EU-medlemsstaterna har rätten att själva utforma sina respektive sjukvårdssystem, innebär inte att de har rätt att inskränka den fria konkurrensen på hälso- och sjukvårdens marknad. Detta har dock inte den svenska regeringen och de svenska lagstiftande politikerna accepterat eller kanske ens förstått. Det får inte finnas något lagstadgat krav på att man skall tillhöra den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen för att man skall få utföra vårdtjänster. Det är fritt fram att behandla vilka sjukdomar och patienter som helst, oavsett om utföraren är legitimerad eller inte. En inskränkning kan endast göras utifrån så kallade undantagshänsyn, vilket Asplund vare sig har åberopat eller lagt fram något underlag för.

KAM-utredningen saknar nödvändiga aspekter

I KAM-utredningen har EU-rättsliga aspekter utelämnats i stort sett helt, och det är inte förenligt med det avtal som Sverige undertecknade år 1994, före inträdet i EU den 1 januari 1995. Om man betraktar det hela ur ett EU-rättsligt perspektiv, så är vårdkonsumenterna kunder, och de ska själva kunna bestämma vilken vård som de vill ge samtycke till och till vem som skall få utföra den. Sådana individuella beslut får inte förhindras genom nationell lagstiftning.

Vårdkonsumenterna (patienterna) har, enligt det vägledande rättsfallet Kohll, rätten att välja vård i de olika medlemsländernas socialförsäkringssystem. Att vårdkonsumenterna (patienterna) i det svenska vårdsystemet kan ta en genväg utomlands går emot det i oss svenskar inpräntade svenska socialpolitiska solidaritetsbegreppet som har präglat det planekonomiskt utformade svenska sjukvårdssystemet, vilket står i bjärt kontrast till det kundbegrepp som präglar EU-rätten och EU-rättsliga domstolsutslag. Svenskt sjukvårdstänkande präglas av ett planekonomiskt tänkande medan EU baseras på en marknadsekonomi och en fri konkurrens. Sverige måste respektera EU-rätten och det avtal som Göran Persson har skrivit under för Sveriges del.

Att vara kund i de olika EU-medlemsstaternas vårdsystem är enligt EU-domstolens avgöranden en unionsmedborgerlig rättighet. De försök som medlemsstaterna har gjort för att om möjligt kringgå denna rättighet har inte varit framgångsrika. EU-domstolens praxis är klar och tydlig. Enskilda individer kan i egenskap av kunder utnyttja medlemsstaternas olika patientförsäkringssystem för att i vart fall få ersättning för merkostnaderna i jämförelse med vad vården och/ eller behandlingen skulle ha kostat i ursprungsmedlemsstaten.

Inkompetens på juridikens område

Mats Nilsson har varit anställd som kommittésekreterare i SOU 2019:15. Trots sin juridikkandidatutbildning har han uppenbarligen inte kunskap om EU-rätten. Ställer man docenten och Jean Monnet-professorn Carl Michael von Quitzows rättsutlåtande (bilaga 4) från år 2009 – vilket säger att det inte får förekomma några konkurrensförsvårande inskränkningar på den inre marknaden (EU-marknaden) – emot utredningens påståenden om att lagförslaget inte alls skulle strida mot EU-rätten, så ställs man inför två diametralt motsatta påståenden. Att lagförslaget skulle vara korrekta ter sig inte möjligt med tanke på EU-fördragets formuleringar. Mats Nilssons utbildning i internationell rätt, statsvetenskap och juridik har tydligen inte räckt till för att se till att få lagförslaget förenligt med de internationella konventionerna, EU-rätten, regeringsformen samt förvaltningslagens krav. Mänskliga rättigheter gäller före alla andra lagar, och EU-rätten angående legalitet, opartiskhet, objektivitet, saklighet samt proportionalitet har företräde framför nationella lagar.

Om den svenska staten (regeringen) hade varit seriös, så hade den till utredningen anlitat en expert på EU-rätt, på mänskliga rättigheter, på regeringsformen samt på förvaltningslagen. Med anledning av de mängder av juridiska felaktigheter som lagförslaget innehåller måste det diskvalificeras och ogiltigförklaras.

KAM-utredningen strider mot internationella konventioner

Rätten till högsta möjliga hälsa

Var och en har rätten att erhålla högsta uppnåeliga standarden för fysisk och mental hälsa, enligt artikel 12 i *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, och det inkluderar medicinsk frihet enligt OHCHR (*The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*). Denna rättighet fräntas emellertid vissa befolkningsgrupper om de inte får tillgång till samma utbud av varor och tjänster på vårdmarknaden som den övriga befolkningen, i sin strävan att uppnå högsta möjliga hälsa.

Friheten inkluderar att var och en har rätten att ha kontrollen över sin egen hälsa och kropp enligt kommentar Nr 14 till artikel 12 av OHCHR, The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (se nedan). Denna frihet fräntas emellertid vissa befolkningsgrupper om de inte får tillgång till samma utbud av varor och tjänster på vårdmarknaden som övriga befolkningen, i sin strävan att uppnå högsta möjliga hälsa

Härav följer att det inte går att neka människor som är sjuka, enligt KAM-lagförslagets paragrafer 2, 3, och 4 samt 5, tillgång till alternativmedicinsk vård och behandling – eftersom även dessa människor har rätt till högsta möjliga hälsa och inte får begränsas i sin strävan för att uppnå den. Det går bara att göra utifrån att nödvändighetsrequisitet är uppfyllt – att något bevisligen är skadligt – samt efter det att en proportionalitetsbedömning har gjorts. Detta är krav som Asplund inte har uppfyllt.

Eftersom Asplunds lagförslag bryter mot denna gällande konvention, så måste utredningen diskvalificeras och lagförslaget ogiltigförklaras.

A. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

Article 12

1. The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.

“The highest attainable standard of physical and mental health” includes medical freedom according to OHCHR, The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12):

The freedoms include the right to control one’s health and body, including sexual and reproductive freedom, and the right to be free from interference, such as the right to be free from torture, non-consensual medical treatment and experimentation.

<http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>

<http://www.ohchr.org/EN/pages/home.aspx>

Alla barn har rätt till högsta möjliga standard för fysisk och mental hälsa

Alla barn – även de barn under 15 år som berörs av förbudet i Kjell Asplunds lagförslag § 5 – har rätt att erhålla bästa möjliga hälsa. Det är därför inte möjligt att förbjuda att barn får tillgång till alternativmedicinsk vård och behandling i strävan att uppnå bästa möjliga hälsa.

Eftersom KAM utredningens lagförslag bryter mot denna gällande konvention, så måste utredningen diskvalificeras och lagförslaget ogiltigförklaras.

Att utgå från att barnen har ett särskilt skyddsvärde och enbart på den basis inskränka deras rättigheter går inte. Det är som att säga att eftersom barn har ett särskilt skyddsvärde, så får de inte åka bil (underförstått att det innebär en potentiell risk). Hade en utredare sagt det utan att först utreda och analysera vilka risker det finns, hur omfattande de är och hur frekventa de är och sedan ha vägt det mot frihetsberövandet samt respekten för familjeliv och privatliv, så hade han förmodligen framstått som totalt inkompetent, och han hade inte ansetts ha uppfyllt sitt uppdrag. Asplund har fullständigt underlåtit att göra någon sådan motsvarande utredning/analys av läget att basera sitt beslut på.

När det gäller dödsfall i trafiken så är det noll-vision. Tyvärr gäller inte denna noll-vision inom den offentliga sjukvården, vilket leder till att 7 gånger fler dödsfall sker inom skolmedicinen än i trafiken – och då har dödsfallen ändå begränsats till att bara omfatta ”onödiga dödsfall på grund av vårdskada och som bedöms hade kunnat undvikas”. Kanske är det så att det är skolmedicinen som barnen måste skyddas ifrån med tanke på att det enligt officiell svensk statistik varje år inträffar 105 000 onödiga vårdskador och 3 000 onödiga dödsfall.

<https://www.tv4.se/kalla-fakta/artiklar/var-tredje-timme-d%C3%B6r-n%C3%A5gon-av-misstag-i-sjukv%C3%A5rden-4fc3bbc004bf72228b00ca68>

Barnkonventionen

Artikel 24 – ”Konventionsstaterna erkänner barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering”

Människor med funktionshinder har rätt att erhålla högsta uppnåeliga standard för fysisk och mental hälsa

De flesta människor som har allvarliga sjukdomar och som genom Asplund lagförslag § 3 inte får tillgång till alternativmedicinsk vård och behandling omfattas förmodligen av "Convention on the Rights of Persons with Disabilities". Enligt konventionen har emellertid även dessa människor med allvarliga sjukdomar och funktionshinder rätten att erhålla högsta uppnåeliga standard för fysisk och mental hälsa. Dessa människor kan således inte fräntas rätten till alternativmedicinsk vård och behandling.

Det står uttryckligen i nämnda konvention att en person inte får diskrimineras på grund av funktionshindret. Genom att Asplund i sitt lagförslag §3 inte tillåter att människor med allvarliga sjukdomar (med funktionshinder) får tillgång till samma vårdtjänster som människor utan funktionshinder, så är det en otillåten diskriminering.

Eftersom Asplunds lagförslag bryter mot denna gällande konvention, så måste utredningen diskvalificeras och lagförslaget ogiltigförklaras.

A. Convention on the Rights of Persons with Disabilities

Article 25 – Health

States Parties recognize that persons with disabilities have the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health without discrimination on the basis of disability. States Parties shall take all appropriate measures to ensure access for persons with disabilities to health services that are gender-sensitive, including health-related rehabilitation. In particular, States Parties shall:

d) Require health professionals to provide care of the same quality to persons with disabilities as to others, including on the basis of free and informed consent by, inter alia, raising awareness of the human rights, dignity, autonomy and needs of persons with disabilities through training and the promulgation of ethical standards for public and private health care.

Enligt WHO lever globalt 1,2 miljarder människor med funktionshinder

Funktionshinder inkluderar sjukdom som: **diabetes, hjärt-kärlsjukdomar (hjärtsjukdomar och stroke), psykiska störningar, cancer, luftvägssjukdomar, hörselstörningar, hypertoni, hjärtsjukdomar, astma, synstörningar, brusinducerad hörselnedsättning, talproblem, depression och demens, mjukvävnadsstörningar såsom bursit och fibromyalgi, affektiva störningar (Huvudtyperna är depression, bipolär sjukdom och ångeststörning), lymfatisk filarias, tuberkulos, malaria, trakom, HIV / AIDS och andra sexuellt överförda sjukdomar.** Det inkluderar också sjukdomar med neurologiska konsekvenser, såsom **hjärnhinneinflammation, hjärnhinneinflammation och barnklustersjukdomar - till exempel mässling, påssjuka och poliomyelit.** De mest framträdande funktionsnedsättningarna bland barn i åldern 0–14 år, många av de vanligaste hälsotillstånden var relaterade till svårigheter i lärande. De inkluderade **inlärningssvårigheter, specifikt autism och uppmärksamhetsproblem** (med och utan hyperaktivitet), samt höga nivåer av **astma och hörselproblem.** Andra hälsotillstånd hos ungdomar inkluderade **talproblem, dyslexi, cerebral pares, synstörningar och medfödda avvikelser.**

http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

Konventionsstaterna får inte diskriminera människor

De grupper av människor som enligt Asplunds lagförslag (§ 2, 3, 4 och 5) nekas tillgång till alternativmedicinsk vård och behandling diskrimineras i förhållande till den övriga befolkningen. Diskriminering är inte tillåtet. Inte heller barn eller människor med funktionshinder får lov att diskrimineras.

Eftersom Asplunds lagförslag bryter mot denna gällande konvention, så måste utredningen diskvalificeras och lagförslaget ogiltigförklaras.

A. UN's Universal declaration of human rights

Article 7

All are equal before the law and are entitled without any discrimination to equal protection of the law. All are entitled to equal protection against any discrimination in violation of this Declaration and against any incitement to such discrimination.

Article 30

Nothing in this Declaration may be interpreted as implying for any State, group or person any right to engage in any activity or to perform any act aimed at the destruction of any of the rights and freedoms set forth herein.

B. Charter of Fundamental Rights of the European Union

Article 21 – Non-discrimination

1. Any discrimination based on any ground such as sex, race, colour, ethnic or social origin, genetic features, language, religion or belief, political or any other opinion, membership of a national minority, property, birth, disability, age or sexual orientation shall be prohibited.

C. European Convention on Human Rights

Article 14 – Prohibition of discrimination

The enjoyment of the rights and freedoms set forth in this Convention shall be secured without discrimination on any ground such as sex, race, colour, language, religion, political or other opinion, national or social origin, association with a national minority, property, birth or other status (that includes medical status).

D. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

Article 2

2. The States Parties to the present Covenant undertake to guarantee that the rights enunciated in the present Covenant will be exercised without discrimination of any kind as to race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status.

E. Convention on the Rights of the Child

Article 2

1. States Parties shall respect and ensure the rights set forth in the present Convention to each child within their jurisdiction without discrimination of any kind, irrespective of the child's or his or her parent's or legal guardian's race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national, ethnic or social origin, property, disability, birth or other status.

2. States Parties shall take all appropriate measures to ensure that the child is protected against all forms of discrimination or punishment on the basis of the status, activities, expressed opinions, or beliefs of the child's parents, legal guardians, or family members.

F. UN's International Covenant on Civil and Political Rights

Article 24

1. Every child shall have, without any discrimination as to race, colour, sex, language, religion, national or social origin, property or birth, the right to such measures of protection as are required by his status as a minor, on the part of his family, society and the State.

Article 26

All persons are equal before the law and are entitled without any discrimination to the equal protection of the law. In this respect, the law shall prohibit any discrimination and guarantee to all persons equal and effective protection against discrimination on any ground such as race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status.

Article 20

2. Any advocacy of national, racial or religious hatred that constitutes incitement to discrimination, hostility or violence shall be prohibited by law.

Konventionsstaterna måste respektera människors personliga integritet, privatliv och familjeliv samt respektera människors trossystem.

Medborgarna har rätt till personlig integritet och har rätt till respekt för sitt privatliv och familjeliv samt sina val utifrån trossystem. Att välja vård och behandling är ett fritt val beroende på livsstil och tro, och valen är av privat natur och måste respekteras. Det går inte att godtyckligt hindra människor från att göra dessa val. Det går bara att begränsa om nödvändighetsrekvisitet är uppfyllt (att något är bevisligen skadligt) och efter det att en proportionalitetsbedömning har gjorts – krav som Asplund inte har uppfyllt.

Eftersom Asplunds lagförslag bryter mot dessa gällande konventioner, så måste utredningen diskvalificeras och lagförslaget ogiltigförklaras.

Internationella konventioner som ger individen rätt till integritet

A. Charter of Fundamental Rights of the European Union

Article 3 – Right to the integrity of the person

1. Everyone has the right to respect for his or her physical and mental integrity.

B. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine

Article 1

Parties to this Convention shall protect the dignity and identity of all human beings and guarantee everyone, without discrimination, respect for their integrity and other rights and fundamental freedoms with regard to the application of biology and medicine.

<https://rm.coe.int/168007cf98>

C. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

Article 1

1. All peoples have the right of self-determination. By virtue of that right they freely determine their political status and freely pursue their economic, social and cultural development.

Internationella konventioner som skyddar privat- och familjeliv

A. Charter of Fundamental Rights of the European Union

Article 7 – Respect for private and family life

Everyone has the right to respect for his or her private and family life, home and communications.

B. United Nations Universal Declaration of Human Rights

Article 12

No one shall be subjected to arbitrary interference with his privacy, family, home or correspondence, nor to attacks upon his honour and reputation.

Everyone has the right to the protection of the law against such interference or attacks.

http://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf

C. UN's International Covenant on Civil and Political Rights

Article 17 1. No one shall be subjected to arbitrary or unlawful interference with his privacy, family, home or correspondence, nor to unlawful attacks on his honour and reputation.

2. Everyone has the right to the protection of the law against such interference or attacks.

D. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine

Article 10

Everyone has the right to respect for private life in relation to information about his or her health.

<https://rm.coe.int/168007cf98>

E. Convention on the Rights of the Child

Article 16

1. No child shall be subjected to arbitrary or unlawful interference with his or her privacy, family, home or correspondence, nor to unlawful attacks on his or her honour and reputation.

2. The child has the right to the protection of the law against such interference or attacks.

<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

F. European Convention on Human Rights

Article 8 – Right to respect for private and family life

1. Everyone has the right to respect for his private and family life, his home and his correspondence.

2. There shall be no interference by a public authority with the exercise of this right except such as is in accordance with the law and is necessary in a democratic society in the interests of national security, public safety or the economic well-being of the country, for the prevention of disorder or crime, for the protection of health or morals, or for the protection of the rights and freedoms of others.

http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf

G. Convention on the Rights of Persons with Disabilities

Article 22 – Respect for privacy

1. No person with disabilities, regardless of place of residence or living arrangements, shall be subjected to arbitrary or unlawful interference with his or her privacy, family, home or correspondence or other types of communication or to unlawful attacks on his or her honour and reputation. Persons with disabilities have the right to the protection of the law against such interference or attacks.

2. States Parties shall protect the privacy of personal, health and rehabilitation information of persons with disabilities on an equal basis with others.

<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

Internationella konventioner som skyddar tro, övertygelse och samvete

A. Charter of Fundamental Rights of the European Union

Article 10 – Freedom of thought, conscience and religion

1. Everyone has the right to freedom of thought, conscience and religion. This right includes freedom to change religion or belief and freedom, either alone or in community with others and in public or in private, to manifest religion or belief, in worship, teaching, practice and observance.

B. UN's International Covenant on Civil and Political Rights

Article 18

1. Everyone shall have the right to freedom of thought, conscience and religion. This right shall include freedom to have or to adopt a religion or belief of his choice, and freedom, either individually or in community with others and in public or private, to manifest his religion or belief in worship, observance, practice and teaching.

2. No one shall be subject to coercion which would impair his freedom to have or to adopt a religion or belief of his choice.

3. Freedom to manifest one's religion or beliefs may be subject only to such limitations as are prescribed by law and are necessary to protect public safety, order, health, or morals or the fundamental rights and freedoms of others.

4. The States Parties to the present Covenant undertake to have respect for the liberty of parents and, when applicable, legal guardians to ensure the religious and moral education of their children in conformity with their own convictions.

<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>

Rätten till informerat samtycke i de internationella konventionerna

En behandling på hälsoområdet får endast genomföras efter det att den berörda personen har gett sitt fria och informerade samtycke till det. Att patienten måste ge sitt informerade samtycke finns även inskrivet i de svenska hälso- och sjukvårdslagarna (patientlag, patientsäkerhetslag samt hälso- och sjukvårdslag). En person som inte vill ha skolmedicinsk behandling kan inte med tvång lotsas in till den offentliga sjukvården genom att belägga alternativmedicinska terapeuter med straffansvar på grund av att en patient väntar med eller väljer att inte vända sig till sjukvården. Att uppsöka skolmedicinen är endast patientens eget ansvar och kan inte åläggas någon tredje part. Det enda som skulle kunna vara under straffansvar är om terapeuten skulle förbjuda patienten från att söka skolmedicinsk vård, eftersom ett sådant förbud skulle kränka patientens mänskliga rättigheter.

En terapeut kan inte belastas för att en patient väljer att göra ett avbrott i eller låta dröja med vård inom skolmedicinen. Det ingår i patientens självbestämmanderätt att kunna välja vård och behandling utifrån informerat samtycke, vilket innebär att en patient även har rätt att helt avstå från vård och behandling. Denna rätt är oinskränkbar.

Eftersom Asplunds lagförslag bryter mot dessa gällande konventioner, så måste utredningen diskvalificeras och lagförslaget ogiltigförklaras.

A. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

Article 12

1. The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.

“The highest attainable standard of physical and mental health” includes medical freedom according to OHCHR, The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12):

The freedoms include the right to control one’s health and body, including sexual and reproductive freedom, and the right to be free from interference, such as the right to be free from torture, non-consensual medical treatment and experimentation.

<http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>

<http://www.ohchr.org/EN/pages/home.aspx>

B. European Charter of Patients' Rights

Article 4 – Right to Consent

Every individual has the right of access to all information that might enable him or her to actively participate in the decisions regarding his or her health; this information is a prerequisite for any procedure and treatment, including the participation in scientific research. Health care providers and professionals must give the patient all information relative to a treatment or an operation to be undergone, including the associated risks and discomforts, side-effects and alternatives.

Health care providers and professionals must use a language known to the patient and communicate in a way that is comprehensible to persons without a technical background.

In all circumstances which provide for a legal representative to give the informed consent, the patient, whether a minor or an adult unable to understand or to will, must still be as involved as possible in the decisions regarding him or her.

*The informed consent of a patient must be procured on this basis.
A patient has the right to refuse a treatment or a medical intervention and to change his or her mind during the treatment, refusing its continuation.*

C. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine

Article 5 – General rule

An intervention in the health field may only be carried out after the person concerned has given free and informed consent to it. This person shall beforehand be given appropriate information as to the purpose and nature of the intervention as well as on its consequences and risks.

The person concerned may freely withdraw consent at any time.

Article 6 – Protection of persons not able to consent

2 Where, according to law, a minor does not have the capacity to consent to an intervention, the intervention may only be carried out with the authorisation of his or her representative or an authority or a person or body provided for by law.

The opinion of the minor shall be taken into consideration as an increasingly determining factor in proportion to his or her age and degree of maturity.

4 The representative, mentioned in paragraphs 2 above shall be given, under the same conditions, the information referred to in Article 5

D. The Charter of Fundamental Rights of the European Union

Article 3 – Right to the integrity of the person:

1. *Everyone has the right to respect for his or her physical and mental integrity.*
2. *In the fields of medicine and biology, the following must be respected in particular: the free and informed consent of the person concerned, according to the procedures laid down by law*

Article 5 – Right to Free Choice

Each individual has the right to freely choose from among different treatment procedures and providers on the basis of adequate information.

E. Convention on the Rights of the Child

Article 36

States Parties shall protect the child against all other forms of exploitation prejudicial to any aspects of the child's welfare.

F. UN's International Covenant on Civil and Political Rights

Article 7

No one shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. In particular, no one shall be subjected without his free consent to medical or scientific experimentation.

G. Convention on the Rights of Persons with Disabilities

Article 15 – Freedom from torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment

1. *No one shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. In particular, no one shall be subjected without his or her free consent to medical or scientific experimentation.*

2. *States Parties shall take all effective legislative, administrative, judicial or other measures to prevent persons with disabilities, on an equal basis with others, from being subjected to torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.*

Article 25 – Health

States Parties recognize that persons with disabilities have the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health without discrimination on the basis of disability. States Parties shall take all appropriate measures to ensure access for persons with disabilities to health services that are gender-sensitive, including health-related rehabilitation. In particular, States Parties shall:

d) *Require health professionals to provide care of the same quality to persons with disabilities as to others, including on the basis of free and informed consent by, inter alia, raising awareness of the human rights, dignity, autonomy and needs of persons with disabilities through training and the promulgation of ethical standards for public and private health care.*

H. Nuremberg code

Article 1

The voluntary consent of the human subject is absolutely essential. This means that the person involved should have legal capacity to give consent; should be so situated as to be able to exercise free power of choice, without the intervention of any element of force, fraud, deceit, duress, over-reaching, or other ulterior form of constraint or coercion; and should have sufficient knowledge and comprehension of the elements of the subject matter involved, as to enable him to make an understanding and enlightened decision.

I. Helsinki declaration

Article 22

In any research on human beings, each potential subject must be adequately informed of the aims, methods, sources of funding, any possible conflicts of interest, institutional affiliations of the researcher, the anticipated benefits and potential risks of the study and the discomfort it may entail. The subject should be informed of the right to abstain from participation in the study or to withdraw consent to participate at any time without reprisal. After ensuring that the subject has understood the information, the physician should then obtain the subject's freely-given informed consent, preferably in writing. If the consent cannot be obtained in writing, the non-written consent must be formally documented and witnessed.

Nationell lagstiftning som styr patienternas rättigheter

Sjukvård kan endast utföras om patienten har givit sitt informerade samtycke till den. Denna patienträtt är förankrad i internationella konventioner samt i följande svenska lagar och lagparagrafer. Patienterna har rätt att tacka nej till behandling eller när som helst avbryta pågående behandling. Denna rätt är oinskränkt. Med anledning av det så kan man inte ha någon lagstiftning som tvingar över vissa patientsegment till skolmedicinen. Man kan framför allt inte ha en lagstiftning som straffar tredje part (de icke legitimerade vårdtjänstgivarna) på grund av att patienter inte söker upp skolmedicinen.

Eftersom Asplunds lagförslag bryter mot dessa gällande lagar, så måste utredningen diskvalificeras och lagförslaget ogiltigförklaras.

A. Patientlag (2014:821)

1 kap. Inledande bestämmelser

6 § Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

3 kap. Information

1 § Patienten ska få information om

1. sitt hälsotillstånd,
2. de metoder som finns för undersökning, vård och behandling,
3. de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,
4. vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård,
5. det förväntade vård- och behandlingsförloppet,
6. väsentliga risker för komplikationer och biverkningar,
7. eftervård, och
8. metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

2 § Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
3. vårdgarantin, och
4. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz. Lag (2016:658).

3 § När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information enligt 1 och 2 §§.

7 § Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

4 kap. Samtycke

1 § Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.

2 § Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap.

Patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden.

Patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Om en patient avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra.

3 § När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

4 § Patientens ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.

5 kap. Delaktighet

1 § Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

2 § En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.

7 kap. Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel

1 § När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

B. Patientsäkerhetslag (2010:659)

3 kap. Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

Skyldighet att informera patienter om inträffade vårdskador

8 § Vårdgivaren ska snarast informera en patient som har drabbats av en vårdskada om

1. att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada,
2. vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen,
3. vårdgivarens skyldighet att hantera klagomål och synpunkter,
4. patientnämndernas uppgift enligt 2 § första stycket lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården att hjälpa patienten att föra fram klagomål och att få sina klagomål besvarade av vårdgivaren,

5. möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg enligt 7 kap. 10 §, och

6. möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen.

6 kap. Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl.

Allmänna skyldigheter

1 § Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.

6 § Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten och dennes närstående ges information enligt 3 kap. patientlagen (2014:821).

Lag (2014:828).

7 § Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska medverka till att patienten ges möjlighet att välja behandlingsalternativ respektive hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning enligt vad som anges i 7 kap. 1 och 2 §§ patientlagen (2014:821).

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska medverka till att patienten får en ny medicinsk bedömning enligt vad som anges i 8 kap. 1 § patientlagen.

C. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

5 kap. Verksamheten

Allmänt

1 § Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,

Särskilda skyldigheter i fråga om barn

6 § När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

7 § Ett barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel

om pengar.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Lag (2017:810).

10 kap. Övrigt

Val av behandlingsalternativ

1 § Landstinget ska ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt vad som anges i 7 kap. 1 § patientlagen (2014:821).

Val av hjälpmedel

2 § Landstinget ska ge patienten möjlighet att välja hjälpmedel enligt vad som anges i 7 kap. 2 § patientlagen (2014:821).

Ny medicinsk bedömning

3 § Landstinget ska ge patienten möjlighet att få en ny medicinsk bedömning enligt vad som anges i 8 kap. 1 § patientlagen (2014:821).

D. Kungörelse (1974:152) om beslutad ny regeringsform

Kroppslig integritet och rörelsefrihet

5 § Var och en är skyddad mot kroppsstraff. Ingen får heller utsättas för tortyr eller för medicinsk påverkan i syfte att framtvinga eller hindra yttranden. Lag (2010:1408).

6 § Var och en är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp även i andra fall än som avses i 4 och 5 §§. Var och en är dessutom skyddad mot kroppsvisitation, husrannsakan och liknande intrång samt mot undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse och mot hemlig avlyssning eller upptagning av telefonsamtal eller annat förtroligt meddelande. Utöver vad som föreskrivs i första stycket är var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Lag (2010:1408).

E. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor

Innehåll:

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. Den innehåller också bestämmelser om samtycke till sådan forskning.

Syftet med lagen är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning.

Utgångspunkter för etikprövningen

7 § Forskning får godkännas bara om den kan utföras med respekt för människovärdet.

8 § Mänskliga rättigheter och grundläggande friheter skall alltid beaktas vid etikprövningen samtidigt som hänsyn skall tas till intresset av att ny kunskap kan utvecklas genom forskning. Människors välfärd skall ges företräde framför samhällets och vetenskapens behov.

Information och samtycke

13 § Vid forskning som avses i 4 § 1-3 skall bestämmelserna i 16-22 §§ om information och samtycke tillämpas. För forskning som avses i 4 § 3 gäller dock i vissa fall särskilda bestämmelser i 15 §. Om det i någon annan författning finns särskilda föreskrifter om information och samtycke vid forskning som avses i 4 § 1-3, skall de föreskrifterna gälla i stället för bestämmelserna i den här lagen.

Vid forskning som avses i 4 § 4 och 5 skall bestämmelserna om information och samtycke i lagen (1995:831) om transplantation m.m. respektive lagen (1995:832) om obduktion m.m. tillämpas i stället för bestämmelserna i den här lagen.

Särskilda förutsättningar för godkännande

14 § Forskning som avses i 4 § får godkännas bara om det kan förutsättas att tillämpliga bestämmelser om information och samtycke kommer att följas eller om förutsättningarna för forskning utan samtycke i 20-22 §§ är uppfyllda.

Om en forskningsperson står i ett beroendeförhållande till forskningshuvudmannen eller en forskare eller om forskningspersonen kan antas ha särskilda svårigheter att ta till vara sin rätt, skall frågor om information och samtycke ägnas särskild uppmärksamhet vid etikprövningen.

Information

16 § Forskningspersonen skall informeras om

- den övergripande planen för forskningen,
- syftet med forskningen,
- de metoder som kommer att användas,
- de följder och risker som forskningen kan medföra,
- vem som är forskningshuvudman,
- att deltagande i forskningen är frivilligt, och
- forskningspersonens rätt att när som helst avbryta sin medverkan.

Samtycke

17 § Forskning får utföras bara om forskningspersonen har samtyckt till den forskning som avser henne eller honom. Ett samtycke gäller bara om forskningspersonen dessförinnan har fått information om forskningen enligt 16 §. Samtycket skall vara frivilligt, uttryckligt och preciserat till viss forskning. Samtycket skall dokumenteras.

Forskningspersoner under 18 år

18 § Om forskningspersonen har fyllt 15 år men inte 18 år och inser vad forskningen innebär för hans eller hennes del, skall han eller hon själv informeras om och samtycka till forskningen på det sätt som anges i 16 och 17 §§.

I andra fall när forskningspersonen inte har fyllt 18 år, skall vårdnadshavarna informeras om och samtycka till forskningen på det sätt som anges i 16 och 17 §§. Forskningspersonen själv skall dock så långt möjligt informeras om forskningen. Trots vårdnadshavarnas samtycke får forskningen inte utföras om en forskningsperson som är under 15 år inser vad den innebär för hans eller hennes del och motsätter sig att den utförs.

Återtagande av samtycke

19 § Ett samtycke får när som helst tas tillbaka med omedelbar verkan. De data som har hämtats in dessförinnan får dock användas i forskningen.

KAM- utredningens lagförslag

Lagförslaget enligt SOU 2019:15 står i strid med flera internationella konventioner (inte minst barnkonventionen som år 2020 skrivs in i den svenska lagen), EU-rätten, regeringsformen samt förvaltningslagen. Enligt Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR) får en stat inte inskränka individens rätt att själv kontrollera sin hälsa och kropp. Mer information om konventionerna finns på sidan 36 i detta dokument.

Lagförslaget enligt SOU 2019:15 är endast ägnat att beröva medborgarna deras medicinska frihet och möjlighet att själva kontrollera sin hälsa, sitt psyke och sin kropp.

Baserat på vilka konventioner, artiklar och lagar har utredaren Kjell Asplund och juristen Mats Nilsson släppt igenom detta lagförslag? Det har då rakt inte skett på basis av de nu gällande konventioner, artiklar och lagar som vi i detta remissyttrande tar upp. Lagförslaget får inte bryta mot en enda paragraf i någon enda konvention, artikel eller grundlag. Bryter lagförslaget mot något av dessa, så är lagförslaget ogiltigt.

Nedan följer lagförslaget i blått och svart & grått, samt det som vi vänder oss emot i gult och SNS:s kommentarer i svart text.

1 Asplunds författningsförslag

1.1 Förslag till lag om vissa begränsningar i rätten att yrkesmässigt utföra vård

Inledande bestämmelser

1 §

Bestämmelser i denna lag gäller när någon yrkesmässigt vidtar åtgärder i syfte att förebygga, utreda, eller behandla sjukdomar. Vad som i denna lag sägs om sjukdomar gäller även med sjukdomar jämförbara tillstånd. Bestämmelserna i lagen gäller inte för den som enligt 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, eller för läkare eller tandläkare vars legitimation har återkallats eller vars behörighet annars har upphört eller begränsats.

Definitionsproblem och inkonsekvens

En av grunderna för den nya lagens begränsning är begreppet ”yrkesmässigt”. I förarbetet till lagstiftningen skriver Kjell Asplund hur lagen skall tolkas. För att en KAM-terapeut enligt lagförslaget ska omfattas av den nya lagen, så skriver Asplund att ”det främst bör beaktas om de åtgärder som tillhandahålls vidtas mot någon form av ersättning”. Även verksamhetens ”omfattning, regelmässigheten av och omständigheterna omkring tillhandahållandet av tjänsterna ska beaktas”. Formuleringarna skapar dock stora problem:

1) Definitionsproblem

Lagen ger upphov till först och främst diverse definitionsproblem:

- vad räknas som en åtgärd? Ordet åtgärd är nämligen odefinierat.
- var går gränsen för omfattning? Ordet omfattning är odefinierat.
- vad menas med regelmässighet? Ordet regelmässighet är odefinierat.
- vilka omständigheter är det som avses? Ordet omständigheter är odefinierat.

Avsaknaden av definitioner medför att det för den enskilde inte går att på förhand avgöra vad som är ett brott och vad som inte är något brott. Denna otydlighet i lagstiftningen är i sig ett brott mot de mänskliga rättigheterna och mot den svenska grundlagen (regeringsformen). Avsaknaden av definitioner skapar en betydande risk för godtycklig tolkning på tillsynsmyndigheterna och i domstolarna, men det kanske är just det som utredaren har planerat – att domstolarna ska statuera exempel utifrån den nya lagen?

2) Inkonsekvens

- Lagförslaget gäller den som ”yrkesmässigt vidtar åtgärder i syfte att förebygga, utreda, eller behandla sjukdomar”. Därefter nämns inte ordet förebygga igen! Det nämns således inte någonstans i lagen vad som skulle vara tillåtna respektive otillåtna förebyggande åtgärder, eller på vilket sätt förebyggande behandling regleras i lagstiftningen. Asplund skriver i förarbetet att förebyggande behandling generellt sett är tillåtet men under straffansvar. Asplund har emellertid inte utrett varför våra grundläggande lagar som hanterar vållande till kroppsskada och liknande reglering inte skulle vara tillräckliga. Varför skulle något som är tillåtet vara under ett särskilt straffansvar? Det låter tämligen orimligt. Det är inkonsekvent att inte skriva i lagen vad som gäller för förebyggande åtgärder.
- Vad som betecknas som ”åtgärder” framgår inte i Asplunds lagtext, vilket utgör grund för godtycke, vilket innebär att olika åtgärder kan prövas i domstol med olika utfall. En person måste dock på förhand veta vad som är brottsligt eller inte. Denna formulering är mycket oklar jämfört med motsvarande paragraf i nuvarande Patientsäkerhetslag, kapitel 5. Enligt den nuvarande Patientsäkerhetslagen Kap 5, så preciseras de åtgärder som ”alternativmedicinaren” inte får vidtaga, vilket genomgående endast handlar om undersökning och behandling (och det handlar om i ”förebyggande, botande och lindrande syfte”, vilket är en juridiskt vedertagen och i flera lagar förekommande definition när det gäller behandling). Det finns således inga oklarheter i nuvarande lagstiftning till skillnad från Asplunds förslag. Kjell Asplund har lagt fram ett lagförslag som gör en klar lagstiftning, som inte kan missförstås, till att bli extremt oklar. En ”åtgärd” kan i Asplunds förslag lika gärna handla om att skriva om hälsoråd på en blogg, eftersom ordet ”åtgärd” inte har definierats i lagtexten.

- Av nuvarande lagstiftning framgår det att det handlar om någon form av personlig kontakt mellan behandlare och den som behandlar genom formuleringen att man inte får ”behandla eller undersöka någon annan...” Detta har Asplund helt frångått. Det behöver inte längre handla om personlig undersökning och behandling, vilket är ett ytterst drastiskt tilltag, och därmed innebär det att de förbjudna åtgärderna (vilket enligt Asplund inkluderar hälsoråd) inte bara gäller gentemot de patienter som söker upp terapeuten, utan förbudet gäller generellt för alla människor, oavsett i vilka forum som dessa befinner sig och även då terapeuten överhuvudtaget inte har någon personlig kontakt med personen, vilket är fullkomligt lagvidrigt. Detta är en stor miss och totalt ogenomtänkt av Asplund, eller så har han kallt räknat med det – kanske var det därav som han ansåg att paragrafen om att ”lämna skriftliga råd eller anvisningar utan att ha undersökt patienten är förlegat och därför kunde tas bort”. Den blir ju överflödigt med Asplunds ännu mer begränsade formulering (eftersom den omfattar både skriftliga och muntliga råd), vilket man inte ens kan utläsa av hans lagtext, utan man måste läsa på i Asplunds förarbete för att förstå det. I slutändan leder denna drastiska ändring till problem med yttrandefriheten. Om Asplund vill att behandlingsråd, såväl skriftliga som muntliga, ska vara olagliga, så måste han skriva det i klartext (för att alla terapeuter på förhand skall kunna veta det) i sitt lagförslag och även skriva vilka råd som är olagliga och under vilka omständigheter som de skulle vara det.
- Asplund har i förarbetet till lagförslaget förklarat att även behandlingsråd ses som en åtgärd, men det står inte ett ord om detta i lagstiftningen, vilket innebär att lagen blir inkonsekvent. Vad som gäller ska givetvis kunna utläsas i själva lagen.

Att åtgärder inte längre omfattar enbart behandling och undersökning utan även behandlingsråd är ett mycket omfattande ingrepp, och det ger upphov till massiva tolkningar angående om vad som är olagliga råd, och inte minst i vilka sammanhang som de ges, vilket hotar yttrandefriheten.

Eftersom ”åtgärd” inte är avgränsat, så kan det betyda att informationsspridning om hälsoråd på en blogg, i sociala media eller i ett föredrag som sänds live eller på till exempel Youtube blir olagligt, vilket betyder att lagen inte längre enbart reglerar behandling i klinisk verksamhet såsom dagens lag gör. Inte undra på att Asplund tyckte att paragrafen ”lämna skriftliga råd eller anvisningar utan att ha undersökt patienten” var förlegat och därför kunde tas bort. Det som Asplund har gjort är att införliva behandlingsråd – oavsett om de är skriftliga eller muntliga i ordet ”åtgärd”. Detta står dock inte utskrivet i Asplunds lagförslag, vilket betyder att de flesta personer som läser lagförslaget – och om det går igenom – inte vet att de kan vara brottsliga enligt denna lag om de skriver om behandlingsråd på en blogg eller ger muntliga råd under ett föredrag.

3) Lagen inskränker yttrandefriheten

– I och med den nya lagens formulering uppstår en påtaglig risk för att de flesta sjukdomsbehandlande råd skulle kunna betraktas som olagliga. Om lagen skulle komma att träda i kraft, så skulle det därmed kunna leda till att alla ansvariga för bloggar, hemsidor, webinarer, Facebook-grupper, videor, filmer, böcker och föreläsningar med mera där det informeras om kostråd, hur man blir frisk och läker olika åkommor, skulle kunna komma att granskas för att fällas för brott mot den nya lagen.

Lagförslaget skapar exempelvis en risk för att personer såsom Sven Erik Nordin (www.svaradoktorn.se) kan fällas för brott och riskera upp till ett års fängelse, eftersom det enligt detta lagförslag skulle kunna tolkas som att han ”vidtar åtgärder i syfte att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar” genom att han har skapat en blogg och där delar med sig av sådana behandlingsråd (vidtagit åtgärder) som kan bota cancer – åtgärder som har hjälpt honom själv att bli botad från sin egen cancersjukdom (allvarlig sjukdom).

Han skulle kunna fällas, eftersom man enligt Asplunds förarbete inte måste ta betalt för att uppfylla kravet på yrkesmässighet. Genom att 700 000 människor har läst på Sven Erik Nordins blogg, så kan man ana att den skulle uppfylla kravet för både begreppet ”omfattning” och ”regelmässighet” med råge, eftersom bloggen ständigt ligger ute.

Eftersom behandlingsråd enligt Asplunds förarbete anses som en ”åtgärd”, så kan det komma att bli olagligt att överhuvudtaget skriva om behandlingsråd på sin blogg för att bota sin cancer eller andra allvarliga sjukdomar. Detta skulle få till följd att människor skulle bli rädda för att dela med sig av behandlingsförslag vid alla allvarliga sjukdomar, och ännu värre – att människor berövas möjligheten att få råd som kan hjälpa dem. Sven Erik Nordin hade tvingats att kirurgiskt operera bort sin penis om sjukvården hade fått bestämma över hans cancerbehandling. Nu har Sven Erik Nordin gjort ett eget val, och han har sitt organ i behåll och är dessutom cancerfri tack vare alternativa terapier. Ska människor berövas möjligheten till kunskap om hur de kan bli cancerfria – biverkningsfritt och utan lemlästning?

– Man får emellertid inte stifta lagar i strid med gällande grundlagsskyddad yttrandefrihet, så därför kan inte en sådan lag släppas igenom. Det har redan tidigare förekommit flera fall där domstolen kränker personers yttrandefrihet till förmån för annan lagstiftning. Redan nu har censuren slagit till, och hälsoinformation stoppas på olika plattformar. Denna lagstiftning är ett stort steg i samma riktning om den skulle röstas igenom. Läs om Anders Sultans rättegång på:

http://www.2000tv.se/artiklar/2017/kolloidalt_silver-r%C3%A4tteg%C3%A5ngen-2017.pdf

4) Lagförslaget kränker rätten att välja yrke

– Lagförslaget inskränker rätten att välja yrke, vilket kränker mänskliga rättigheter. Enligt Asplunds lagförslag ska en läkare vars legitimation har återkallats inte kunna omfattas av den nya lagen, vilket betyder att en sådan läkare inte kan bli ”alternativmedicinare”. Samtidigt, enligt gällande lagstiftning, kan läkaren dömas om denne fortsätter att utöva läkaryrket. Frågan blir då antingen vad som menas med att ”utöva läkaryrket”, om det innefattar att den deslegitimerade läkaren jobbar med alternativa metoder eller om den deslegitimerade läkaren till fullo står utanför lagen om läkaren arbetar ”alternativt”. Återigen är lagförslaget inkonsekvent och begreppsförvirrande.

Lagförslaget skulle få till följd att läkare såsom Erik Enby inte skulle kunna välja alternativmedicin som profession, eftersom Erik Enby en gång i tiden har utbildat sig till just läkare och har innehaft legitimation. Den nya lagen skulle således komma att kränka Erik Enbys rätt att få arbeta med alternativa metoder, vilket är ett brott mot hans mänskliga rättigheter. Asplunds lagförslag går nämligen ut på att om man en gång har läst till läkare, så kan man aldrig bli alternativmedicinare, eftersom läkare aldrig kan omfattas av Asplunds lagförslag. En icke legitimerad läkare får inte verka som läkare – så, vad gör en sådan läkare när denne vill jobba med alternativa metoder? Detta har Asplund ingen lösning på. I stället förbjuder Asplund läkare att arbeta med alternativa metoder, såvida Asplund inte menar att deslegitimerade läkare får behandla med alternativmedicinska metoder men aldrig kan bli dömda – men det låter långsökt. Det måste således tolkas som att läkare inte får byta yrke.

Rätten till arbete – internationella konventioner

Det går inte att förbjuda personal inom hälso- och sjukvården, med eller utan legitimation, att arbeta alternativt – i synnerhet inte inom yrken som inte kräver legitimation. Ett sådant lagförslag bryter nämligen både mot EU-rätten och internationella konventioner.

Det är en mänsklig rättighet att få arbeta och delta i produktiv anställning samt att inte hindras att göra så. Denna rätt finns i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna (artikel 23) och erkänns i internationell människorätt som en del av Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (artikel 6), Europeiska sociala stadgan (artikel 1) samt i den Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (Rättighetsstadgan, artikel 15) ”fritt yrkesval och rätt att arbeta” samt ”näringsfriheten ska erkännas i enlighet med unionsrätten samt nationell lagstiftning och praxis” (artikel 16). På dessa grunder måste lagförslaget ogiltigförklaras.

Asplund har enbart låtit deslegitimerade läkare och tandläkare omfattas av hans lagförslag. Det baseras på att det endast är dessa två kategorier som omfattas av särskilda paragrafer i patientsäkerhetslagen. Samtidigt ifrågasätter Asplund varför det bara gäller för dessa två yrken (givetvis ifrågasätter han det, för annars hade han ju kunnat förbjuda alla

deslegitimerade yrkesgrupper att bli alternativmedicinare). Det är förstås självklart lika lagvidrigt att förbjuda människor från andra legitimerade yrken att arbeta alternativmedicinskt som det är att förbjuda läkare och tandläkare att arbeta alternativmedicinskt. Paragrafen om att lagen inte kan omfatta deslegitimerade läkare och tandläkare (eller med begränsad behörighet) måste således omgående tas bort.

Det går inte att lagstifta så att man förhindrar legitimerad personal, oavsett om det är läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, dietister, naprapater, kiropraktorer eller psykologer med flera att byta yrke. Det går inte heller att förhindra en legitimerad person att arbeta 50 % inom offentlig sjukvård som legitimerad och att arbeta 50 % i annan verksamhet som alternativmedicinare. Om den alternativa terapin har bekräftats genom vetenskapliga studier eller erfarenhet, så kan man även som legitimerad yrkesutövare arbeta med terapin i egen klinisk verksamhet.

Hälso- och sjukvårdspersonal är ålagd att arbeta enligt ”vetenskap och beprövad erfarenhet” och ses som någon sorts kontrast till ”alternativmedicin”, men eftersom begreppet ”vetenskap och beprövad erfarenhet” inte är definierat, så har det ingen lagstiftningsmässig förankring eller innebörd och är därmed olagligt att använda som förevändning för att skolmedicinsk personal inte ska få behandla med ”alternativa metoder”.

Begreppet ”vetenskap och beprövad erfarenhet”, är ett godtyckligt begrepp, och godtycke är inte förenligt med svensk lag, eftersom lagar måste vara klara och tydliga samt begripliga. Innan begreppet ”vetenskap och beprövad erfarenhet” är definierat, så kan ingen åläggas att arbeta enligt det, eftersom det är ett godtyckligt begrepp som inte har någon definition. Även denna KAM-utredning slänger sig med begreppet, och man förväntar sig då av utredaren att få en definition av ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. Kjell Asplund erkänner emellertid själv i utredningen att begreppet saknar definition. Hur vet han då om något står i överensstämmelse med ”vetenskap och beprövad erfarenhet”, när han inte vet vad som krävs för att det ska vara just ”vetenskap och beprövad erfarenhet”? Det är således en godtycklig bedömning som görs av förespråkare inom medicineliten. Många tror att de metoder som sjukvården har är evidensbaserade. Enligt SBU är det emellertid bara mellan 30-40 % av skolmedicinens metoder som är evidensbaserade.

2 §

Det är förbjudet att behandla sådana smittsamma sjukdomar som enligt smittskyddslagen (2004:168) är anmälningspliktiga sjukdomar.

Det här är en förlegad och ogenomtänkt paragraf. Varför ska en person som har en infektion inte kunna ringa till en alternativ klinik och få en ordination på hur man stärker immunförsvaret eller behandling vid olika infektioner? Det finns ju inget som säger att en person inte skulle bry sig om att få skolmedicinsk vård bara för att den samtidigt tar emot alternativ vård. Att inte få den vård som man vill ha strider dessutom mot EU-fördragets artikel 49 om fri rörlighet och konkurrens (se sidan 28). Dessutom kränks en rad internationella konventioner som ger människor rätten till högsta möjliga hälsa och som ger individen medicinsk frihet samt rätten att själv bestämma över sin kropp och hälsa. På dessa grunder måste lagförslaget ogiltigförklaras.

Enligt den nuvarande lagstiftningen får man inte lov att överhuvudtaget behandla, vilket innefattar förebyggande, botande och lindrande behandling. I Asplunds förarbete till lagförslaget står det emellertid att det inte kommer att finnas något ”*generellt förbud mot förebyggande behandling*”. Därmed får det antas att det även gäller sådana smittsamma sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen. Det står emellertid inget om detta i själva lagtexten, utan det berörs enbart i Asplunds förarbete – vilket är en stor miss.

3 §

Det är förbjudet att behandla **allvarliga sjukdomar**. Med allvarliga sjukdomar avses i första stycket sådana sjukdomstillstånd som med eller utan behandling inom hälso- och sjukvården uppfyller minst ett av följande kriterier:

1. tillståndet är livshotande,
2. tillståndet medför eller kommer att medföra en mycket omfattande funktionsnedsättning.

”Allvarliga sjukdomar”

Asplund anger att de nationella prioriteringsriktlinjerna, vilka innehåller en modell för bedömningar av olika hälsotillstånds svårighetsgrader, skulle kunna vara en utgångspunkt för bedömning av vad som ska ses som allvarliga sjukdomar. Problemet är att detta bara är en gradering och ingalunda något som är detaljspecificerat, vilket leder till otydlig lagstiftning med godtyckliga bedömningar i landets rättssalar som följd. Eftersom det dessutom är det medicinska etablissemangen som tar fram riktlinjerna, så kan den skolmedicinska branschen sätt upp ramarna för lagstiftningen och på så sätt muta in sitt område – så får det verkligen inte gå till!

Den nationella prioriteringsordningen erbjuder flera problem när det gäller till vilken grupp som en sjukdom eller ett tillstånd skall räknas. Det finns i dag fyra prioriteringsgrupper som ska vägleda vårdgivarna.

Grupp 1: Vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi.

Grupp 2: Prevention, habilitering/rehabilitering.

Grupp 3: Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

Grupp 4: Vård av andra skäl än sjukdom och skada.

Nedan följer ett exempel på hur vårdgivare tolkar prioriteringsordningen:

Grupp 1a: *Vård av livshotande, akuta sjukdomar och sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död.* I denna grupp finns riktigt akuta tillstånd enligt läkarverksamhetens prioriteringslista, akuta insatser vid avancerad hemsjukvård och terminalvård, rehabilitering efter frakturer, skador och andra tillstånd som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd.

Grupp 1b: *Vård av svåra kroniska sjukdomar. Palliativ vård. Vård av människor med nedsatt autonomi. Terminalvård.* Hit hör kommuners särskilda boenden, palliativ vård, avancerad hemsjukvård, demens, kronisk psykotisk sjukdom, svåra kroniska sjukdomar som diabetes, kol, astma, kronisk hjärtsvikt, kärlsjukdomar som arteriella bensår, maligna sjukdomar, reumatoid artrit, samt neurologiska sjukdomar som stroke, ms, als.

Grupp 2: *Prevention, habilitering och rehabilitering vid sjukdom, skada, utvecklingshämning.* Hit räknas bvc, mvc, smittskydd, sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande prevention vid patientbesök och i projekt, samt samordnad rehabilitering av patienter i prioritetsgruppbordning.

Grupp 3: *Vård av mindre svåra och akuta kroniska sjukdomar.* Här återfinns den stora mängden vardagssjukvård (den som tar en kvantitativt stor del av vårdcentralens verksamhet).

Grupp 4: *Vård av andra skäl än sjukdom och skada.* I gruppen ingår vaccination för utlandsresa, intyg för au pair, sjöfolk, dykning, körkort med mera samt kosmetiska operationer.

I kommittédirektiv 1992:8, prioriteringar inom hälso- och sjukvården – en förelöpare till SOU 1995:5 – stod det att *”under 1990-talet kommer frågan om prioriteringar inom vården att bli än mer central i debatten om sjukvården än den varit hittills. Det handlar om fördelningen av resurser, om val och om värderingar”*. SOU 1995:5 handlade om svårigheten med prioriteringar inom sjukvården.

Prioriteringsordningen skapar uppenbara svårigheter, eftersom dess utformning inte innehåller någon lista över samtliga sjukdomar och tillstånd och till vilken grupp som respektive tillstånd ska hänföras. Kjell Asplund har i sitt lagförslag skrivit att det är omöjligt att upprätta en komplett lista. Om en komplett lista ej kan upprättas – vem ska då göra bedömningen? En domstol som inte har någon medicinsk kompetens? För en domstol blir detta en orealistisk, för att inte säga omöjlig uppgift. Lagförslaget blir ett rättsosäkerhetsdokument.

Upprättandet av en sådan lista är dessutom förenad med uppenbara problem. Det existerar tusentals sjukdomar och sjukdomstillstånd. Dessutom kan ett och samma tillstånd vara livshotande för en människa men inte för en annan. Möjligheten att bedöma om ett tillstånd är livshotande eller inte är begränsad, något som även gäller specialiserade läkare. Att kräva av icke sjukvårdslegitimerade terapeuter att de ska kunna avgöra om ett tillstånd är livshotande eller inte är inte alls rimligt. Samma förhållande gäller för sjukdomar och tillstånd som *”kommer att leda till invaliditet eller funktionsnedsättning”*. Det går inte alltid att på förhand avgöra om ett tillstånd kommer att leda till någon invaliditet eller funktionsnedsättning. En patient som drabbas av ett till synes relativt måttligt sjukdomstillstånd kan få en kraftig funktionsnedsättning av det medan en annan patient som drabbas av ett allvarligare tillstånd av samma art (samma diagnoskod/ICD-10-kod) kan klara sig utan någon funktionsnedsättning alls. På samma sätt kan en patient som drabbas av ett till synes relativt måttligt sjukdomstillstånd avlida på grund av det medan en annan patient som drabbas av ett ännu allvarligare tillstånd av samma art (samma diagnos) kan överleva och inte alls behöver drabbas av några som helst restsymptom.

Inte heller de nationella riktlinjerna kan ge någon vägledning i frågan. De nationella riktlinjerna innefattar: astma och KOL, bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård, demens, depression och ångest, diabetes, endometrios,

epilepsi, hjärtsjukvård, levnadsvanor, lungcancer, missbruk och beroende, MS och Parkinsons sjukdom, palliativ vård, psoriasis, rörelseorganens sjukdomar, schizofreni, stroke och tandvård.

Asplund uppger att med vissa förbehåll kan de underlag som Socialstyrelsen har tagit fram för bedömning av allvarliga sjukdomar och skador i försäkringsmedicinska sammanhang utgöra grund för vad som ska tolkas som allvarliga sjukdomar. Asplund skriver ”*allvarlighetsgradering av sjukdomar kräver en helhetsbedömning. Bedömningar görs av vilken grad av lidande, funktionsnedsättning samt nedsättning av livskvalitet som sjukdomen normalt medför. Vidare bedöms vilka risker för framtida ohälsa såsom förtida död, funktionshinder och fortsatt lidande samt nedsatt hälsorelaterad livskvalitet som normalt följer av sjukdomen. Slutligen bedöms sjukdomens normala varaktighet.*” Detta är helt omöjligt att göra för lekmän. Dessutom så baseras bedömningen på diagnoser och diagnoskoder, något som olegitimerade lekmän inte sysslar med och enligt lag inte heller får syssla med. Eftersom en alternativmedicinare inte får jobba med sjukvårdsdiagnoser och inte heller utreder en patient med skolmedicinska undersökningsmetoder, så kan inte en lekman avgöra vilken sjukdom som patienten lider av och följaktligen inte heller avgöra utgången av dessa. En patient är inte heller enligt lag ålagd att till lekmannen ange vilka diagnoser som den har fått av sjukvården. Av den anledningen så kan inte en lekman förväntas veta vilken diagnos som en patient har. Ovanpå alltihop så kräver Asplund av lekmannen att denne ska veta sådant som det krävs stora skolmedicinska insatser och undersökningar för att få visshet i, detta utan att ha tillgång till vare sig diagnos, diagnoskoder, skolmedicinsk skolning eller skolmedicinsk utrustning. Dessutom så ska lekmannen veta detta även då patienten ännu inte har fått någon diagnos av skolmedicinen. Det är helt orimligt. Att nuvarande lagstiftning begränsar de sjukdomar som man inte får behandla till epilepsi, diabetes och cancer, beror på att det bedömdes vara lätt för lekmannen att kunna identifiera dessa tillstånd. Asplund kräver däremot i sitt lagförslag det omöjliga av lekmanen – det som inte ens läkare klarar av – att på förhand kunna veta hur en sjukdom kommer att slå mot en viss patient i framtiden!

Lagförslaget om att icke sjukvårdslegitimerade inte ska få behandla vissa sjukdomar och tillstånd ter sig som en orimlighet som inte baseras på några vare sig fasta eller befogade kriterier, inte minst med tanke på att EU-rätten och konkurrenslagarna förbjuder inskränkningar när det gäller att behandla vissa sjukdomar/tillstånd/patienter samt att nödvändighetsrekvisitet inte är uppfyllt och ingen proportionalitetsbedömning har gjorts. Dessutom kränks en rad internationella konventioner som ger människor rätten till högsta möjliga hälsa och som ger individen medicinsk frihet samt rätten att själv bestämma över sin kropp och hälsa. På dessa grunder måste lagförslaget ogiltigförklaras.

”Livshotande tillstånd”

Lagen ska reglera vad icke-legitimerade får utföra för vård och behandling. En sådan reglering måste vara enkel att förstå och efterfölja för de icke-legitimerade. Asplunds lagförslag är emellertid svårt att förstå och efterleva även för legitimerad personal. Inte ens legitimerad personal – inte ens legitimerade läkare – vet alltid när ett tillstånd är livshotande.

Att i lag fastställa att icke legitimerade terapeuter, inte skulle få behandla livshotande tillstånd är orimligt med tanke på att vad som skulle komma att betecknas som livshotande sjukdomar är extremt svårt att förutsäga, eftersom så många sjukdomstillstånd kan leda till döden även om de allmänt sett inte betraktas som livshotande. Det finns exempel på patienter som har dött på grund av rivsår från en katt, vanliga förkylningar, metabolisk acidosis efter ett intag av 6 tabletter magnecyll (acetylsalicylsyra). Listan på sjukdomstillstånd som kan vara livshotande kan göras lång, och i en sådan lista kan de mest harmlösa åkommor snabbt leda till döden. Det handlar i många fall om tillstånd som en majoritet av den legitimerade svenska sjukvårdspersonalen inte alls skulle fästa något avseende vid men som ändå får en dödlig utgång. Lagförslaget kan alltså innebära att relativt vanliga åkommor blir förbjudna att behandla i botande syfte. Enligt Asplunds lagförslag så är den icke-legitimerades brott att ha behandlat i dylika fall och är inte avhängigt av huruvida terapeuten skulle ha förorsakat någon faktisk skada. En sådan lagstiftning kan användas för att fälla alternativmedicinare. Ve den alternativmedicinare som har råkat sätta in sin biverkningsfria behandling vid ett sådant till synes ofarligt tillfälle. Den lekmannen kan fällas även då dennes behandling inte har förorsakat någon skada, och fälls då enkom på grund av att lekmannen har behandlat vid ett förbjudet tillstånd, men att det rörde sig om ett tillstånd som var förbjudet att behandla – det vet lekmannen först en tid efter behandlingstillfället – detta är en helt orimlig lag!

Exempelvis så kan kärleksjukdomar räknas som en allvarlig sjukdom, vilket kan innebära att alternativmedicinare enligt Asplund lagförslaget kan råka illa ut om de behandlar människor som har blodtrycksmedicin, liksom patienter som tar statiner, vilka ju sätts in för kärllhälsan (trots att statiner inte har någon effekt på kvinnor och marginell effekt på män). Det är ju miljontals människor som äter dessa läkemedel (så många som 800 000 patienter i Sverige äter statiner). Blodtrycksmedicin sätts in i tid och otid. Så fort en alternativmedicinare behandlar en sådan patient, så kan terapeuten fällas för att ha behandlat en allvarlig sjukdom, för givetvis kommer det att tillståta hälsoproblem för en del av dem som har dessa skolmedicinska läkemedel – trots att läkemedlet ska förebygga detta – och för vissa kommer det att uppkomma plötsligt. Alternativterapeuten kan dömas oavsett om dennes behandling har hjälpt eller inte och även om den alternativa terapin i sig har varit oskadlig. Terapeuten döms enkom på grund av att terapeuten har behandlat en allvarlig sjukdom där patienten har råkat bli en av dem som förr eller senare exempelvis drabbas av stroke.

När det står mellan att skylla en stroke på skolmedicinen eller på alternativmedicinaren, så kommer etablissemangen självklart att skylla på alternativmedicinaren. Alternativmedicinaren kommer inte att våga behandla

någon enda patient som har blodtrycksmedicin eller statiner, för denne vet ju inte vilken patient som kommer att vara bland dem som får stroke eller något annat dödligt tillstånd eller omfattande funktionshinder trots både skolmedicinska och alternativmedicinska insatser. Lagstiftningen kan vändas mot terapeuten oavsett om denne bara har gjort gott och kanske till och med i själva verket har gjort att patienten har levt ”frisk” längre, vilket kan vara svårt att bevisa.

Kjell Asplund väver här in alternativten: ”betydande funktionsnedsättning och progredierande (fortskridande) tillstånd med sannolik risk för omfattande försämring av funktion inom det närmsta året”, ”efter lång tids sjukdom eller skada, fortsatt behov av omfattande och krävande behandling” samt ”betydande risk för mycket kraftig försämring inom 5 år”. Dessa specificeringar är medicinskt sett inte hållbara, eftersom sjukdomstillstånd och sjukdomars allvarlighet skiftar mellan olika patienter och över tid. Det här är helt enkelt inga bedömningar som kan göras av alternativa terapeuter/skolmedicinsk diagnos som varken har möjlighet att ställa diagnos eller har de utredningstekniska möjligheter som krävs för att kunna göra det och dessutom inte får ställa sådan diagnos.

”Mycket omfattande”

Den andra strecksatsen – att tillståndet inte får behandlas om det medför eller kommer att medföra en mycket omfattande funktionsnedsättning – är kanske ännu mer vag än den första strecksatsen som gäller förbud mot att behandla livshotande sjukdomstillstånd. Hur ska KAM-terapeuten veta om sjukdomstillståndet kommer att medföra någon omfattande funktionsnedsättning? En del individer kan lida av ett allvarligt sjukdomstillstånd under en hel livstid utan att för den skull drabbas av någon funktionsnedsättning. Skall behandlande KAM-terapeuter som då ger behandling i botande syfte kunna fällas till ansvar och spärras in i fängelse? Hur avgör man om en patient som ännu inte har fått någon funktionsnedsättning kommer att få det i framtiden? Även här faller lagförslaget på sin egen orimlighet.

Ingen vet på förhand om ett tillstånd kommer att medföra en mycket omfattande funktionsnedsättning eller inte. Man kan inte ställa några krav om förutsägbarhet vid olika tillstånd på olegitimerade KAM -terapeuter när inte ens skolmedicinskt utbildade läkare kan förutsäga utgången av olika sjukdomar. Man kan inte lagstadga om vad som ”kommer att ske”, då det är futuristiskt, och alternativmedicinare är lika lite orakler som läkare och kan inte på förhand veta om ett tillstånd kommer att medföra någon omfattande funktionsnedsättning för patienten i fråga. Dessutom är ”mycket omfattande” en subjektiv värdering och kan därför leda till olika bedömningar i olika domstolar. Därför ska inte lagar innehålla sådana oklara regler, eftersom personer enligt lag har rätt att få samma domslut oavsett vilken domstol det är som de råkar hamna i (regeringsformen 1:9). Därför måste lagar vara klara och tydliga, vilket Asplunds lagförslag inte är. Detta är således en alltför hypotetisk lagstiftning, och sådana vidlyftiga hypotetiska resonemang kan inte få gehör i en domstol och kan inte heller tas någon hänsyn till.

Övriga konsekvenser

En sådan eventuell funktionsnedsättning eller fatal utgång som avses i lagförslaget kan ju dessutom ha orsakats av sjukvården eller av andra behandlare. Exempelvis fick Erik Enby skulden för en patients död trots att patienten dog ett helt år efter det att patienten besökte Enby och fick vitamin- och mineralterapi ordinerad – och trots att patienten var under skolmedicinsk behandling under det sista året av sitt liv samt under det sista halvåret var på hospice och inte alls patient hos doktor Enby – och de ordinerade vitaminerna för länge sedan var upptäna. Dödsfallet låg trots detta till grund för etablissemangets beslut att dra in Erik Enbys läkarlegitimation.

Senare kom det till Enbys kännedom att patienten hade tagit livet av sig (trots att patienten stod under skolmedicinsk vård och dessutom bodde på hospice under det sista halvåret). Trots dessa fakta så fick Enby aldrig sin legitimation tillbaka. Etablissemanget måste naturligtvis ha känt till patientens verkliga dödsorsak vid tiden för indragning av Enbys legitimation, men trots det så skyllde etablissemanget dödsfallet på Enby.

Vi kan se en stor fara i att Asplunds lagförslag kan användas för att skylla på alternativa terapeuter, precis som i Erik Enbys fall. På samma sätt så skulle man kunna komma att angripa icke legitimerade terapeuter trots att patientskador eller dödsfall inte alls är deras fel.

4 §

Det är förbjudet att utreda eller behandla sjukdomar i samband med graviditet eller förlossning.

Återigen är Asplunds lagförslag luddigt och svårtolkat. Som det står nu, så är det svårt att tolka och förstå vad ”i samband med” betyder. Betyder det att en gravid kvinna inte kan få någon behandling överhuvudtaget, till exempel massage för sin onda nacke eller få manuell terapi för sin huvudvärk (vilket låter orimligt och ologiskt att hindra gravida ifrån), eller om det bara gäller sjukliga tillstånd som har ett faktiskt samband med graviditeten, såsom till exempel graviditetsdiabetes, foglossning, havandeskapsförgiftning och resten av de sjukdomar som man kan få i samband med graviditet och som finns upptagna här:

https://sv.wikipedia.org/wiki/Kategori:Sjukdomar_och_komplikationer_vid_graviditet

Räknas problem med missfall och infertilitet hit? Betyder detta att kvinnor fråntas rätten att kunna komma till rätta med missfall och infertilitet genom alternativ behandling? Vad motiverar i sådana fall en sådan lag? (Det finns många som har blivit hjälpta vid dessa tillstånd genom alternativ behandling). Zonterapi, homeopati, akupunktur/kinesisk medicin, ayurveda och vitaminer & mineraltillskott har hjälpt många av dessa kvinnor. Ska inte dessa kvinnor kunna nyttja ofarliga metoder? Att inte låta gravida kvinnor få tillgång till alternativ behandling med ofarliga metoder är att inskränka deras mänskliga rättigheter och är även ett brott mot EU-rätten (läs mer om detta i kapitlen på sidorna 36-53 om internationell lagstiftning och EU-rätten samt nationell lagstiftning).

5 §

Det är förbjudet att utreda eller behandla sjukdomar hos barn som inte har fyllt 15 år.

15-årsgräns för alternativ vård

Hur kom utredningen fram till en 15-årsgräns för att få alternativ vård om ”särskilt skyddsvärde” skulle vara anledningen? I sådana fall måste det införas en 18-årsgräns för skolmedicinsk behandling, eftersom den dödar 3 000 - 10 000 patienter om året i onödan i Sverige – dödsfall som hade kunnat undvikas. Var tredje timme dör någon av misstag i vården i Sverige. Dessutom orsakas över 100 000 onödiga vårdsador av sjukvården.

<https://www.tv4.se/kalla-fakta/artiklar/var-tredje-timme-d%C3%B6r-n%C3%A5gon-av-misstag-i-sjukv%C3%A5rden-4fc3bbc004bf72228b00ca68>

Barn har ett särskilt skyddsvärde

Asplund nöjer sig med att konstatera att barn har ett särskilt ”skyddsvärde”. Asplund har emellertid inte utrett vad det är för risker eller skador som barnen ska skyddas ifrån – Asplund har således inte uppfyllt nödvändighetsrekvisitet enligt EU-rätten. Asplund har inte heller gjort någon konsekvensanalys, utan han nöjer sig med att säga att utredningen ”anser” att det inte blir några konsekvenser – detta helt utan att ha presenterat något underlag för hur han har kommit fram till det ställningstagandet. Asplund har inte heller utrett barnens rätt till alternativa behandlingar. Det är föräldrarna (vårdnadshavarna) som har ansvaret för sina barn och som bestämmer över barnens vård och behandling. Just nu anser Asplund att föräldrar inte har någon bestämmanderätt över sina barn utan att det är staten som ska bestämma. Vidare anser Asplund att föräldrar inte ska få välja de vårdmetoder som de anser vara riktiga och bra för sina barn för att barnen ska kunna uppnå bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. Detta bryter mot både Barnkonventionen och FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Asplund menar att det skulle vara säkrare för barn att endast ha tillgång till skolmedicin, trots att det i Sverige dör en patient var tredje timme till följd av vårdsador som har orsakats av skolmedicinen och som räknas som ”onödiga” och som således hade kunnat undvikas. Skolmedicin är den enda vård som skolmedicinaren Asplund vill att svenska barn under 15 år ska ha access till – skolmedicin som orsakar 105 000 vårdsador som bedöms ha kunnat undvikas – skolmedicin som kan ordinera narkotiska preparat som orsakar allt fler dödsfall och antidepressiva medel som kan orsaka så många som upp till 8 000 dödsfall om året i Sverige. Enligt oberoende forskares publicerade studier tar antidepressiva läkemedel livet av 3,6 % av de patienter som under ett år ordinerar dessa läkemedel.

Eftersom både Barnkonventionen och FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, samt konventioner som förbjuder diskriminering kränks, så måste lagförslaget ogiltigförklaras.

Barnen har rätt till hösta möjliga psykiska och fysiska hälsa

Våra barn har rätt till hösta möjliga psykiska och fysiska hälsa. Det är en lagstadgad rättighet enligt flera internationella konventioner, bland annat enligt:

- Artikel 24 i **Barnkonventionen** ”*Konventionsstaterna erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering*”
- Artikel 12, punkt 1 i **Internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter** : “*The States Parties recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.*”
- “*The highest attainable standard of physical and mental health*” inkluderar medicinsk frihet enligt **OHCHR, The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; CESCR General Comment No. 14: “The Right to the Highest Attainable Standard of Health** (Art. 12): “*The freedoms include the right to control one’s health and body, including sexual and reproductive freedom, and the right to be free from interference, such as the right to be free from torture, non-consensual medical treatment and experimentation.*”
<http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>
<http://www.ohchr.org/EN/pages/home.aspx>
- **United Nations Universal Declaration of Human Rights**, artikel 12: “*No one shall be subjected to arbitrary interference with his privacy, family, home or correspondence, nor to attacks upon his honour and reputation. Everyone has the right to the protection of the law against such interference or attacks.* “
- **United Nations International Covenant on Civil and Political Rights**, artikel 17.1 och 2: “*No one shall be subjected to arbitrary or unlawful interference with his privacy, family, home or correspondence, nor to unlawful attacks on his honour and reputation. Everyone has the right to the protection of the law against such interference or attacks.*”
- **I European Convention on Human Rights** står det i artikel 8.1 om rätten till respekt för privat- och familjelivet: “*Everyone has the right to respect for his private and family life, his home and his correspondence*”.

Det finns således inget lagstiftningsmässigt utrymme för staten att godtyckligt bestämma över familjelivet, över privata angelägenheter såsom familjemedlemmarnas val av vård och behandling då de nyttjar sin lagstadgade rätt till högsta möjliga fysiska och psykiska hälsa och för att få ha kontrollen över sin egen hälsa. Den vård och behandling som en människa väljer för sig själv, eller som föräldrar väljer för sina barn, är en högst privat angelägenhet och angår endast dem.

Eftersom människor upplever att näring, kosttillskott, örter, massagetekniker och många andra terapier hjälper dem att uppnå en bättre hälsa, så måste människor – även deras barn – få tillgång till dessa behandlingsformer, och de måste fritt få kunna välja den behandlingsform som de vill ha. Föräldrar måste fritt få välja för sina barn. Människor får inte diskrimineras för att de är barn eller för att de är föräldrar. Läs mer om diskriminering på sidan 39.

Alternativmedicinen är mycket säker, och det finns inte fog för några inskränkningar med avseende på ålder. Därför måste alternativmedicinen göras tillgänglig för alla – inklusive alla barn. Att utesluta barn under 15 år eller vilken annan ålder det må handla om är diskriminering av dessa barn på grund av ålder; tillika är det en diskriminering av barn och deras föräldrar för deras val av trossystem samt är även en kränkning av deras privatliv och familjeliv. Detta bryter mot en rad internationella konventioner (sidan 36-48), och därför måste även dagens 8-årsgräns tas bort. Sverige är för övrigt den enda EU-nation som har en åldersbegränsning för KAM-terapier.

FN:s Barnkonvention

FN:s konvention om barnets rättigheter, eller barnkonventionen som den också kallas, innehåller bestämmelser om mänskliga rättigheter för barn. Den svenska lagstiftning som förbjuder barn rätten till alternativmedicinsk behandling strider mot följande artiklar i Barnkonventionen: Artikel 2 om icke-diskriminering – varav följer att barn precis som vuxna har rätt till tillgång till alternativ behandling, Artikel 3 om barnets bästa – barn måste också ha tillgång till milda och biverkningsfria metoder, Artikel 6 om barnets rätt till liv och utveckling, Artikel 18 om uppfostran och utveckling samt Artikel 24 om Hälsa och sjukvård – barnet har rätt till högsta möjliga hälsa. Föreningen Hela Barn presenterade detta för UNICEF redan för cirka tioåret sedan. UNICEF rekommenderade då Sverige att ändra lagen – så, det är hög tid att göra det nu, eftersom Barnkonventionen blir svensk lag nästa år. Kjell Asplunds lagförslag innebär att ännu fler barn förbjuds alternativmedicinsk vård och behandling – alltså ett klart brott mot de mänskliga rättigheterna. Kjell Asplund har i sin utredning inte hänvisat till UNICEF:s rekommendation utifrån barnkonventionen.

Ur Konventionen om barnets rättigheter:

- Artikel 2: Varje barn skall tillförsäkras rättigheterna i barnkonventionen utan åtskillnad av något slag.
- Artikel 3: Barnets bästa skall komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn.
- Artikel 6: Konventionsstaterna skall till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets rätt till liv och utveckling.
- Artikel 18: Föräldrar, eller i förekommande fall vårdnadshavare, har huvudansvaret för barnets uppfostran och utveckling och konventionsstaterna skall för detta ändamål vidta alla lämpliga lagstiftnings- och administrativa åtgärder.
- Artikel 24: Barnet har rätt till att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa.

Om ett barn blir sjukt

Att inte få lov att välja alternativ- och komplementärmedicinsk vård när man som förälder får beskedet att ens barn har fått en sjukdom är diskriminerande, orättvist och inte i barnets bästa intresse, i synnerhet om sjukdomen inte kan botas inom den offentliga sjukvården eller om den skolmedicinska behandlingen medför stora risker. Likaså är det diskriminerande och orättvist och inte alls i barnets bästa intresse om föräldrar nekas att få behandlingshjälp till sina barn när föräldrarna anser att barnet behöver en viss terapi för att förbättra eller optimera barnets hälsa och utveckling. För att inte bryta mot Barnkonventionen, så är det viktigt att föräldrar fritt kan välja bland de alternativa terapier som står till buds och att kunna välja att behandla kroniska eller akuta sjukdomar, eftersom barnet innehar rätten att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa. Sjukvården erbjuder inte alltid tillräckligt bra alternativ. Därför behövs den mångfald av terapier som står till buds, så att föräldrarna själva kan avgöra vad som är rätt för just deras familj/ barn. Att neka föräldrarna detta är ett brott mot Barnkonventionen men även mot andra konventioner som du kan läsa om på sidorna 36-53.

NPF-barnen ökar (NPF = neuropsykiatriska funktionsnedsättningar)

I expertkommittén hävdade de skolmedicinska förespråkarna att det inte skulle finnas några vetenskapliga bevis för att NPF-barnen skulle ha ökat i antal.

Aktuell information fick de i stället av KAM-representanten. Antalet barn och unga som har diagnostiserats med ADHD och autism har exempelvis ökat kraftigt i Stockholms län. Sedan år 2011 har antalet barn och unga som vårdas inom landstinget mer än fördubblats. Barn och unga som har fått en neuropsykiatrisk diagnos har ökat med över 300 % under de senaste tio åren, enligt Socialstyrelsen. Antalet barn som äter ADHD-medicin har ökat med 307 % bland pojkar och 552 % bland flickor. ”Barn och unga som fått neuropsykiatriska diagnoser som ADHD har ökat med över 300 procent de senaste tio åren, enligt Socialstyrelsen”. NPF ökar.

<https://www.svt.se/nyheter/inrikes/neuropsykiatriska-feldiagnoser-okar>

Kraftig ökning av ADHD och autism.

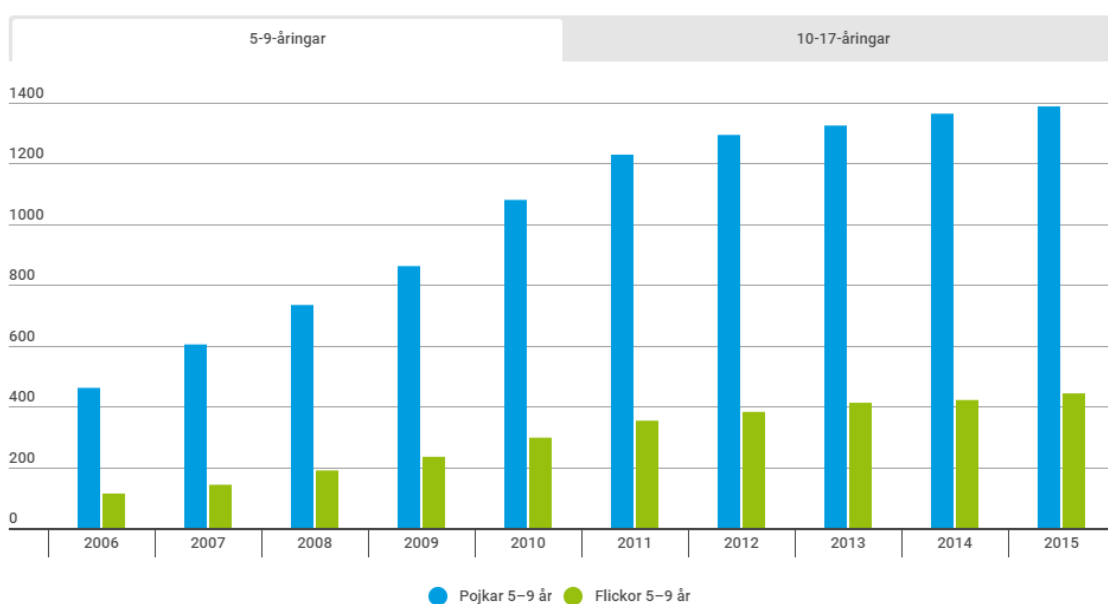
<https://www.svt.se/nyheter/lokalt/sodertalje/kraftig-okning-av-diagnoserna-adhd-och-autism>

Den enda behandling som sjukvården erbjuder är i de flesta fall droger – narkotiska preparat – såsom amfetamin och liknande. Här kan man se en graf över hur ADHD- läkemedelsförskrivningen har ökat:

<https://lararnastidning.se/fler-elever-far-fel-diagnos/>

Barn med ADHD och autismspektradiagnoser har kunnat få hjälp, lindring och även bot genom alternativa terapier. Exempelvis så kan 60 % bli bra/bättre med hjälp av immunterapi (visat i klinisk verksamhet utförd av ”alternativa” legitimerade läkare). Barn har även blivit hjälpta av kosttillskott och homeopatisk behandling. Föräldrar får inte nekas sådan behandling till sina barn!

Utvecklingen av befintliga användare av adhd-läkemedel i olika åldersgrupper åren 2006–2015. Antal per 100 000 individer. Minst ett uttag av läkemedel under året.



Källa: Socialstyrelsen, Förskrivning av adhd-läkemedel 2015. Trender och prognos av utvecklingen

Allergi och astma

Även allergi och astma har ökat. ”Förekomsten av astma och andra allergiska sjukdomar har ökat under 1900- talets andra hälft och fortsätter fortfarande att öka bland barn och unga. Enligt barnens miljöhälsoenkät (BMHE) [5], som riktades till 4-åringar och 12-åringar 2011, har förekomsten av astma som diagnostiserats av läkare ökat från drygt 6 procent år 2003 till ca 9 procent år 2011 i båda åldersgrupperna. Astma är numera den vanligaste kroniska sjukdomen i barndomen och påverkar fler än 150 000 barn och ungdomar under 18 år. Bland 12-åringar ökar även allergisnuva och idag uppger 13 procent att de har detta. För tonåringar har olika undersökningar under visat en förekomst av astma på 14–16 procent och för allergisnuva på 28–39 procent.”

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/4db7092bec8849e6a828eaca6493cb88/allergi-i-skola-och-forskola.pdf>

På 1950-talet var det mindre än 1 procent av Sveriges befolkning som led av astma. I dag är det omkring 10 procent. Astma har således ökat 10 gånger eller 1 000 % sedan 1950-talet.

<https://www.svt.se/nyheter/vetenskap/darfor-okar-allergier-for-lite-bakterier-i-kroppen>

<http://www.dagensarena.se/innehall/allt-fler-drabbas-av-allergier/>

Hos barn ökar matallergier liksom äggallergier, kycklingallergi, proteinkänslighet med mera. Det är inte konstigt, eftersom vaccinvirus kan odlas i ägg och kycklingceller. Den etablerade vården kan i regel inte bota dessa barn utan endast lindra symtomen hos dem. Våra svenska barn blir mer och mer sjuka. NPF ökar, barnfetma ökar, barndiabetes ökar, astma och allergi ökar liksom en rad andra sjukdomar. Hur kommer det att se ut i framtiden med folkhälsan om våra barn blir mer och mer sjuka redan innan de är 15 år? Ska föräldrarna tvingas söka hjälp utanför Sverige för att få alternativ, mild, skonsam och biverkningsfri vård?

Vinster för hälsa och ekonomi

Hälso- och sjukvården med vårdcentraler och sjukhus är redan överbelastad. Genom att följa de internationella konventionerna som Sverige har skrivit på – så att alla barn har tillgång till alternativ behandling och egenvård samt egenvårdsprodukter – så skulle denna belastning på sjukvården minska. Det betyder att resurserna skulle fördelas bättre mellan dem som behöver resurserna bäst. Det skulle även ge en samhällelig vinst, inte bara ekonomiskt utan även hälsomässigt, eftersom alternativ behandling i regel är biverkningsfri. Exempelvis så får en astmatiker inom sjukvården gå på astmamediciner hela livet medan en astmatiker som söker alternativt i regel upptäcker att läkemedlen blir överflödiga, och vederbörande kan ta bort dem, alternativt minska på dem. Varför ska barn i onödan behöva äta skolmedicinska läkemedel som ger biverkningar på både kort och lång sikt? Det är verkligen cyniskt att tvinga barn att lida i onödan. Vi har inom våra förbund och organisationer inom KAM-terapierna i Sverige mycket kompetenta alternativa terapeuter.

Regeringen har tidigare sagt nej till 15-årsgräns

Vad gäller en 15-årsgräns i Sverige så har det diskuterats vid tidigare utredningar, och regeringen kom då fram till att det inte finns något skäl för att höja åldersgränsen. Dessutom så har Sverige skrivit under WHO:s strategidokument Traditional Medicine Strategi 2014-2023, enligt vilket syftet är att underlätta för medlemsländerna att utveckla en policy och implementering som stärker den komplementära medicinens roll för folkhälsan. Först och främst bör policyn vara att alla ska ha tillgång till alternativmedicin – ingen får diskrimineras – enligt de internationella konventioner som Sverige har skrivit på. Inte heller barn får lov att diskrimineras. Föräldrar ska inte kriminaliseras för att de behandlar sina barn med hälsoprodukter eller naturliga behandlingsmetoder.

6 §

Det är förbjudet

1. att utföra kirurgiska ingrepp och provtagningar som inbegriper fullständig penetration av kroppens samtliga hudlager, och
2. att ge allmän bedövning och **injektioner**

Föräldrar får inte insulinbehandla sitt barn

En förälder som injektionsbehandlar sitt barn, oavsett om det är mot betalning (yrkesmässigt) eller inte kan dömas enligt Asplunds lagförslag, eftersom Asplund menar att det räcker med hänsyn taget till ”regelmässighet” och ”omfattning”. Enligt Asplund måste den utförda åtgärden inte ha skett mot betalning. Följaktligen så är det förbjudet för föräldern att ge injektioner, oavsett vad sprutan innehåller. Eftersom ett barn med diabetes behöver insulin ofta och varenda dag, så uppfylls kraven för regelmässighet och omfattning.

Det går således inte att ha injektioner med på listan. Det betyder att en förälder, oavsett om denne är en alternativmedicinsk terapeut eller inte men som har barn med diabetes typ 1, inte får lov att behandla sitt barn genom att ge barnet insulinsprutor, eftersom detta är injektioner. Detta bryter emellertid mot paragraf 18, 19, 23 och 24 i Barnkonventionen. Det går inte genom lag att förhindra föräldrar och terapeuter från att behandla sina barn med injektioner som krävs för deras liv och hälsa. På denna grund måste lagförslaget ogiltigförklaras.

Biopuncture

Det finns en hel bransch som använder sig av injektionsbehandling, så kallad biopuncture. En bok som heter just Biopuncture, där förordet är skrivet av Edzard Ernst som har professur i alternativmedicin, handlar enbart om sådan injektionsbehandling. Varför ska sådan behandling – som många gånger fungerar – inskränkas? Om medicinskt utbildade föräldrar får injektionsbehandla sina barn med insulin – varför får då inte utbildade terapeuter behandla vuxna med injektioner?

Det här lagförslaget verkar endast gå ut på att hämma en hel bransch och inskränka människors tillgång till att få mild och biverkningsfri behandling.

7 §

Förbuden i 2–5 §§ gäller inte behandling som uteslutande syftar till att lindra symtom som har orsakats av en sjukdom eller en sjukdomsbehandling.

Förbudet i 4 och 5 §§ gäller inte heller utredning som är nödvändig för sådan symtomlindring som är tillåten enligt första stycket.

Förbudet i 6 § 1 gäller inte provtagning av blod från kapillärer.

Svenska Naturmedicinska Sällskapet har ingen kommentar till denna paragraf.

8 §

Till böter eller fängelse i högst ett år döms den som under utövning av verksamhet som avses i 1 § första stycket uppsåtligen eller av oaktsamhet

1. bryter mot någon av bestämmelserna i 2–6 §, eller
2. tillfogar en klient en skada som inte är ringa, eller framkallar fara för en sådan skada. Första stycket 2 gäller oavsett om skadan eller faran orsakats av olämplig behandling eller genom avbrott i eller dröjsmål med vård inom hälso- och sjukvården. Vid bedömningen av om en gärning på grund av oaktsamhet är straffbar ska den omständigheten att gärningsmannen på grund av bristande kunskaper och erfarenhet inte kunnat inse sjukdomens natur eller förutse skadan eller faran inte befria honom eller henne från ansvar

Terapeuten kan inte bestämma över patientens val

När det gäller ”avbrott i eller dröjsmål med verksam behandling inom hälso- och sjukvården” så kan den alternativmedicinska terapeuten inte ansvara för patientens beslut om huruvida patienten ska vända sig till skolmedicinen eller inte. Det är patienten som bestämmer över sin kropp och hälsa och inte den alternativmedicinska terapeuten. En terapeut kan inte belastas för att en patient väljer att göra ett avbrott i eller låta dröja med vård inom hälso- och sjukvården. Sådana val ingår i patientens fria vilja att välja vård och rättighet till informerat samtycke. Terapeuten kan således inte lastas för ett beslut som endast patienten har den lagliga rätten att fatta. En patient har rätt till ”informerat samtycke”, vilket inbegriper rätten att både ta emot vård och att avstå vård.

Eftersom både de internationella konventionerna och de nationella lagarna om informerat samtycke kränks, och som ger patienten valet att både få och avstå vård, så måste lagförslaget ogiltigförklaras.

En terapeut kan inte tvinga en patient att gå till skolmedicinen. Att staten genom detta lagförslag skulle försöka tvinga in patienter i en viss vårdapparat såsom skolmedicinen mot patienters vilja och sedan dessutom ska belasta en tredje person för valet är fullkomligt rättsvidrigt. Det enda som kan straffbeläggas är om terapeuten skulle förbjuda patienten att uppsöka skolmedicinen, eftersom ett sådant förbud skulle kränka patientens mänskliga rättigheter.

Dom angående ”dröjsmål med vård inom hälso- och sjukvården”.

Socialstyrelsen har i mål 6634-10 i Högsta förvaltningsdomstolen (HFD ref 70 – 2011), där en läkare stod anklagad för att ha ordinerat homeopatiska läkemedel, bland annat anfört att behandling med homeopatiska medel i undantagsfall kan accepteras som komplement till skolmedicinen. Socialstyrelsen yttrade även att homeopatiska medel i sig inte kan sägas utgöra någon säkerhetsrisk.

I samma mål gjorde Högsta förvaltningsdomstolen bedömningen att den homeopatiska behandlingen anses ofarlig. Socialstyrelsen lade i målet läkaren till last för en befarad risk för patientsäkerheten, nämligen att erforderlig behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet skulle kunna utebli som konsekvens av alternativ homeopatisk behandling. Enligt Högsta förvaltningsdomstolen kan man inte generalisera att det skulle innebära någon

fara för patientsäkerheten i och med påståendet att patienter skulle gå miste om eller riskera att inte få lämplig skolmedicinsk behandling till följd av en yrkesutövares vård och behandling. Sådana risker anses enligt Högsta förvaltningsdomstolens mening vara alltför oklara och hypotetiska för att kunna beaktas.

En terapeut kan enligt domslutet således inte belastas för att en patient väljer att göra ett avbrott i eller låta dröja med vård inom hälso- och sjukvården. Det ingår i patientens självbestämmanderätt att kunna välja vård och behandling utifrån informerat samtycke, vilket innebär att en patient även har rätt att helt avstå från vård och behandling. Denna rätt är oinskränkt.

Detta är en dom som Kjell Asplund känner till, eftersom han nämner den i sitt förarbete, men trots det försöker han att stifta lagar som går emot domslutet.

Angående ”framkalla fara för sådan skada”

3 000 patienter dör av sjukvårdens MISSTAG varje år i Sverige. Hur många av dessa 3 000 läkare som är ansvariga anmäls och får något straff? Det är bara mellan 1 och 25 läkarlegitimationer som återkallas årligen baserat på ”uppenbar olämplighet”.

<https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2019/februari/rekordmanga-legitimationer-aterkallade/>

När inte ens dessa läkare blir av med sina legitimationer eller får något som helst straff – varför ska då alternativmedicinare kunna få böter eller fängelse för något som i detta lagförslag uttrycks med ”*framkallar fara för en sådan skada*”, det vill säga att ingen skada ens behöver ha inträffat! Detta är tvärtom något som är högst hypotetiskt. Hypotetiska resonemang är inte något som ska tas upp i domstol. För att kunna få böter eller fängelse, så måste en faktiskt skada ha inträffat, och det måste även fastställas att det faktiskt har orsakats av den som står åtalad. Allt annat är rättsvidrigt.

Angående bristande kunskaper och erfarenhet

Strofen från lagförslaget ”att gärningsmannen på grund av bristande kunskaper och erfarenhet inte kunnat inse sjukdomens natur eller förutse skadan eller faran inte befria honom eller henne från ansvar.” är inte heller rimlig. Det kan inte förväntas av olegitimerade lekmän att de ska kunna inse sjukdomars natur sett ur ett skolmedicinskt perspektiv. Detta är skolmedicinens ansvarsområde och kan inte läggas på lekmän. Man måste hålla i minnet att ”kvacksalverilagen” ursprungligen kom till för att omfatta lekmän som faktiskt inte har utbildning i sjukdomars natur sett ur ett skolmedicinskt perspektiv. Då kan det inte heller krävas av dem att de skall kunna inse en sjukdoms natur eller kunna förutse en skada utifrån hälso- och sjukvårdens synsätt, och de kan då följaktligen inte lastas för det. En alternativmedicinare är skolad i ett helt annat synsätt när det gäller sjukdomar, och man kan då inte kräva av denne att den ska kunna ta ställning utifrån ett skolmedicinskt perspektiv. Det är helt och hållet patienten själv som bestämmer vilken vård och behandling som denne vill ha, och patienten själv har alltid valet att uppsöka skolmedicinen och få skolmedicinsk behandling.

Vi har i brottsbalken redan en lagstiftning som omfattar vållande till kroppsskada och död och liknande. Det finns ingen anledning till att ytterligare stärka straffbestämmelserna utöver den lagen. Asplund har inte heller motiverat varför det skulle behövas. Inte heller finns det i Patientsäkerhetslagen någon motsvarande straffbestämmelse för legitimerad personal – varför inte? kan man fråga sig, eftersom de bevisligen skadar, dödar och lemlästar. Legitimerade kan inte genom någon lagparagraf i patientsäkerhetslagen bötfällas eller få fängelse för bristande kunskap och erfarenhet som har medfört att de inte har kunnat inse sjukdomens natur eller förutse skadan eller faran. Frågan är varför det ska vara hårdare krav på olegitimerade än legitimerade som arbetar för och i en statsfinansierad vård? Detta är inget som Asplund överhuvudtaget har berört eller utrett i sin utredning. Trots att läkarkåren är ansvarig för att 3 000 patienter dör i onödan av vården, så är det bara mellan 1 och 25 läkarlegitimationer som återkallas årligen baserat på ”uppenbar olämplighet”. Borde inte runt 3 000 legitimationer ha återkallats varje år och tillika runt 3 000 fall ha anmälts till åtal via IVO, för vållande till annans död?

<https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2019/februari/rekordmanga-legitimationer-aterkallade/>

<https://www.tv4.se/kalla-fakta/artiklar/var-tredje-timme-d%C3%B6r-n%C3%A5gon-av-misstag-i-sjukv%C3%A5rden-4fc3bbc004bf72228b00ca68>

9 §

Om en gärning är belagd med strängare straff i annan lag ska i stället dömas till ansvar enligt dessa bestämmelser.

Det här är en onödig paragraf, eftersom det blir en självklarhet genom den brottsrubricering, med tillhörande lagparagraf, som en eventuell åklagare väljer.

10 §

Om Inspektionen för vård och omsorg får kännedom om omständigheter som ger anledning att anta att någon brutit mot någon av bestämmelserna i 2–6 § denna lag, ska myndigheten vidta åtgärder så att bestämmelsen följs och, om det behövs, göra anmälan till åtal.

Paragrafen ska strykas eftersom den redan finns formulerad i Patientsäkerhetslagen Kap 7, paragraf 23 angående IVO:s tillsyn:

Åtgärder mot vårdgivare m.fl.

23 § Om Inspektionen för vård och omsorg får kännedom om att någon har brutit mot en bestämmelse som gäller verksamhet som står under inspektionens tillsyn, ska myndigheten vidta åtgärder så att bestämmelsen följs och, om det behövs, göra anmälan till åtal. **Detsamma gäller om någon som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har brutit mot någon av bestämmelserna i 5 kap. 1 § 1-7. Lag (2012:957).**

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

11 §

Har någon gjort sig skyldig till brott som anges i 8 §, får Inspektionen för vård och omsorg besluta om förbud för honom eller henne att under viss tid eller för alltid utöva verksamhet som avses i 1 § första stycket. Ett sådant beslut får förenas med vite.

Den som överträtt ett sådant vitesförbud får inte dömas till straff för gärning som omfattas av vitesförbudet.

Denna paragraf ska strykas eftersom IVO:s tillsyn regleras i ett helt eget kapitel i Patientsäkerhetslagen.

Att en myndighet beslutar om yrkesförbud utgör ett brott mot mänskliga rättigheter. Enligt FN:s allmänna deklaration om mänskliga rättigheter, artikel 23, gäller det att *"I var och en har rätt till arbete, fritt val av sysselsättning, rättvisa och tillfredsställande arbetsförhållanden samt till skydd mot arbetslöshet"*. Även FN:s Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter ger samma rätt enligt konventionstexten i del II i konventionen, artikel 6, *"I Konventionsstaterna erkänner rätten till arbete, som omfattar rätten för var och en att kunna förtjäna sitt uppehälle genom fritt valt eller antaget arbete, och åtar sig att vidta lämpliga åtgärder för att trygga denna rätt"*. På denna grund så måste lagförslaget ogiltigförklaras.

Lagtexten, med avseende på att en person kan få förbud på livstid att utöva yrket, står emellertid inte i lagtexten när det gäller hälso- och sjukvårdspersonal. En sådan formulering visar direkt på det syfte som denna utredning har antagit – att begränsa alternativmedicinen och skrämja alternativmedicinare! Det var dock inte det som den här utredningen fick i uppdrag!

Vi har i lagförslaget inte kunnat finna vad Kjell Asplund menar med begreppet verksamhet eller vad det begreppet skulle avgränsa.

12 §

12 § Inspektionen för vård och omsorgs beslut enligt 11 § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Myndighetens beslut enligt 10 § får inte överklagas. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

ECHR:s krav på dom i domstol för att myndighets beslut skall gälla
I Europa kan myndigheters beslut endast vara giltiga efter det att dom har fastställts i domstol och dom har vunnit laga kraft. Allt annat är en kränkning av mänskliga rättigheter. Att IVO:s beslut inte skulle kunna få överklagas står alltså i strid med de mänskliga rättigheterna. Alla myndighetsbeslut måste kunna överklagas för avgörande i domstol.

Eftersom de mänskliga rättigheterna kränks, så måste lagförslaget ogiltigförklaras.

13 §

13 § Beslut som Inspektionen för vård och omsorg eller allmän förvaltningsdomstol meddelar enligt denna lag gäller omedelbart, om inte annat anges i beslutet

Det har i Sverige blivit kutym att myndighetsbeslut gäller från och med samma dag som de har fattas. Detsamma gäller i vissa fall domar i förvaltningsdomstolar och kammarrätter. Denna kutym är dock ett hot mot rättssäkerheten, och denna kutym strider även mot rätten till en rättvis rättegång, i enlighet med de mänskliga rättigheterna. En person som har drabbats av ett beslut ska inte behöva drabbas ekonomiskt av det eller stigmatiseras på annat sätt. Myndigheters beslut är inte sällan helt felaktiga och baserade på osaklig grund och utan att beslutsunderlaget har varit fullständigt.

Att skriva in en sådan lagparagraf som 13 § är helt omotiverat, och i många fall kommer det leda till kränkningar av mänskliga rättigheter.

Eftersom de mänskliga rättigheterna kränks, så måste lagförslaget ogiltigförklaras.

Nuvarande Kap 5 i Patientsäkerhetslagen måste raderas

Nuvarande Kap 5 i Patientsäkerhetslagen som reglerar begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder måste strykas eftersom den bryter mot:

- **EU-rätten (se sid 28)**
 - Nödvändighetsrekvisitet är inte uppfyllt. Rättigheterna enligt de internationella konventionerna är långtgående. För att kunna göra en inskränkning i EU till skydd för hälsan, så är det nödvändigt att handlingen/produkten som man vill förbjuda bevisligen är farlig för den målgrupp som man vill skydda (EU-dom i målet Kohll). Det går inte att förbjuda en hel bransch att utföra sina tjänster (brott mot den fria tjänstemarknaden, mot den fria etableringsrätten och mot den fria rörligheten). Det går bara att förbjuda en viss metod som har bevisats vara farlig för målgruppen/patienterna.
 - Inskränkningarna bryter mot den fria rörligheten.
- **Konventionerna om rätten till högsta möjliga hälsa (se sid 36-38)**
 - Människor har rätt till högsta möjliga hälsa – vilket inkluderar medicinsk frihet – och har rätt att själv bestämma över sin kropp och hälsa. De kan därför inte förbjudas tillgång till viss behandling.
 - Barn har en egen konvention om rätten till högsta möjliga hälsa. Barnkonventionen skrivs in i svensk lag i januari 2020. Enligt Charter of Fundamental Rights of the European Union, article 21 får barn inte heller diskrimineras på grund av ålder. Därför måste 8-årsregeln tas bort.
 - Lagen kan inte efterlevas, eftersom människor alltid kommer att söka alternativ hjälp, till exempel när sjukvården har misslyckats med att hjälpa dem. En färsk Novus-undersökning har visat att hälften av dem som söker alternativt dessförinnan har sökt skolmedicinsk vård.
- **Konventionerna angående integritet, diskriminering, trossystem samt skydd för familjeliv och privatliv (se sid 39-45)**
 - De här rättigheterna är långtgående. För att kunna göra en inskränkning till skydd för hälsan, så är det nödvändigt att handlingen/produkten som man vill förbjuda bevisligen är farlig för den målgrupp som man vill skydda, annars kan man inte förbjuda den. Det går inte att förbjuda en hel bransch att utföra sina tjänster enligt EU-rätten. Det går bara ett förbjuda en viss vara/tjänst som har bevisats vara skadlig.
- **Förvaltningslagen**
 - Patientsäkerhetslagen kan inte vara proportionerlig, eftersom den strider mot EU-rättens krav på nödvändighet. Eftersom nödvändighetsrekvisitet inte är uppfyllt, så kan någon proportionalitetsbedömning alltså inte göras.

En lag får inte bryta mot en enda överordnad lag eller grundlag. Nuvarande Kap 5 i Patientsäkerhetslagen måste därför raderas.

Bilagor

- 1) SCB:s undersökning om att KAM-terapier får bättre betyg än skolmedicinen.
- 2) Novus-rapporten om alternativmedicin 2019.
- 3) Så tycker reumatikerna om de alternativa metoderna.
- 4) Rättsutlåtande 2009-08-27 av Jean Monnet-professor Carl Michael von Quitsow.
- 5) Vetenskaplig artikel: Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. Kemppainen LM, Kemppainen TT, Reippainen JA, Salmenniemi ST, Vuolanto PH. Scand J Public Health. 2018 Jun;46(4):448-455. doi: 10.1177/1403494817733869. Epub 2017 Oct 4. PMID: 28975853.

Hej Michael! Jag har, med stort intresse, läst det senaste numret av 2000-Talets Vetenskap. Det är mycket bra att du talar om vad som, enligt lagen, gäller i Sverige. Ett stort tack!

Jag gillade även att du skrev att det finns för få Kapten Haddock-liknande personer i Sverige!

En ny utredning är tillsatt angående alternativmedicinen. Jag hoppas att den leder till något positivt. Negativa krafter i Riksdagen vill dock ytterligare begränsa våra möjligheter att bota.

Du skriver även om tvångsvaccinationshotet, vilket är mycket bra! Jag får ofta behandla patienter med vaccinationsskador och mycket glädjande är att jag ofta lyckas väldigt bra med det. Titta gärna på filmen om den tidigare autistiska flickan Isabelle. Du hittar den 4,5 minut långa filmen på Youtube, genom att skriva in "autism Isabelle" i sökfältet. Flickans alla besök hos mig är dokumenterade på video och alla som ser den kan bekräfta att behandlingen har skett på ett mycket vetenskapligt sätt. En av våra grundregler är att våra ordinationer skall baseras på klara fakta som alla kan erkänna.

SCB gjorde för ca 20 år sedan en undersökning angående alternativsektorn. SCB intervjuade 20 000 patienter. Undersökningen visade att patienterna var mycket mer nöjda med alternativmedicinen än med den konventionella vården. Endast 40,5 % var nöjda med landstingsvården medan 81 % av de tillfrågade var nöjda med alternativmedicinen. Det är för mig märkligt att våra politiker inte uppmärksammade detta och undersökte varför patienterna är mer nöjda med oss än med vården.

Kommentera gärna denna undersökning i kommande nummer av er tidning.

Vänliga hälsningar

Gunnar Jansson

www.nakh.net

Tack för ditt brev, Gunnar!

Det som du skriver stämmer till punkt och pricka helt överens med verkligheten. Ditt brev har fått mig att besluta mig för att dels fördjupa en del av detta nummer i SCB-materialet från 1984. I det kommande numret planerar jag att skriva om den just nu pågående alternativmedicinska utredningen som Kjell Asplund ansvarar för.

Michael Zazzio

chefredaktör för 2000-Talets Vetenskap

SCB-undersökningen som våra beslutsfattare inte brydde sig om

SCB-undersökningen i mitten av 1980-talet visade precis det som ingen av våra landstingspolitiker eller offentliganställd läkare ville kännas vid – det faktum att alternativmedicinen lyckas med konststycket att hjälpa patienterna dubbelt så ofta som den offentliga sjukvården når framgång med sina vårdinsatser.

I ett gemensamt projekt genomförde Alternativmedicinkommittén och Statistiska Centralbyrån i mitten av 1980-talet en undersökning som gällde frågor om alternativmedicin kontra offentlig sjukvård. Undersökningen omfattade 16 000 svenskar som hade sökt alternativmedicinsk vård. Målet med undersökningen var att kartlägga alternativmedicinens ställning i Sverige, och med anledning av undersökningens storlek var den mycket representativ för de patienter som genomgick någon form av alternativ-

medicinsk behandling. Undersökningens mål vara att ta reda på vad de hade för medicinska erfarenheter av alternativmedicin samt vilka åsikter som de hade om alternativmedicin respektive om offentlig sjukvård.

De flesta av de frågor som ställdes i undersökningen redovisas i de olika tabellerna och diagrammen i den här artikeln.

Bland dem som sökte alternativmedicinsk behandling fann SCB att 47,5 % av dem hade blivit rekommenderade den alternativa vården av anhöriga och vänner. Det var alltså

Varför valde du att söka hjälp hos en alternativmedicinare?

Rekommenderad av släkt/vänner	47,5 %
Ej hjälpt av sjukvården	39,0 %
Ej nöjd med sjukvården	22,0 %
Nyfiken	19,0 %
Tidigare hjälpt	18,0 %
Sista "halmstrået"	17,0 %
Läst/hört talas om	14,0 %
Annat	4,0 %

Om du har blivit bättre, vad har i sådana fall förbättringen berott på?

Alternativmedicinsk behandling	60,0 %
Egna åtgärder: kost, motion etcetera	17,6 %
Tiden	11,5 %
Har inte blivit bättre	10,7 %
Behandling av läkare	6,4 %
Annat	6,3 %
Vet ej	4,6 %
Hjälp / stöd från anhöriga/vänner	1,4 %

Vad är din uppfattning om alternativmedicinen/den offentliga sjukvården?

	Alternativmedicin	Offentlig sjukvård
Mycket nöjd	39,1 %	6,6 %
I stort sett nöjd	41,9 %	33,9 %
Både nöjd och missnöjd	14,8 %	47,3 %
I stort sett missnöjd	3,7 %	6,7 %
Missnöjd	0,5 %	2,6 %

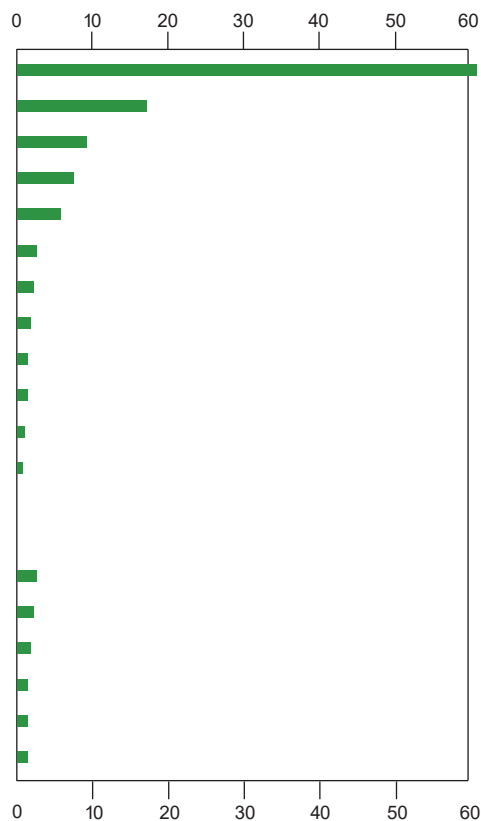
Har du någonsin blivit fel eller orättvist behandlad av offentlig sjukvård?

	Alternativ behandlare	Sjukhus/läkare
Nej	92,8 %	56,6 %
Ja	2,5 %	31,6 %
Vet ej / minns ej	4,7 %	11,8 %

Vilka besvär har du sökt alternativmedicinsk hjälp för?

Uppgivna besvär utan diagnos av läkare

Ryggsmärtor, höftbesvär, ischias
 Värk i skuldror och axlar
 Värk / smärtor i händer, ben och knän
 Allmän trötthet / sömnbesvär
 Återkommande huvudvärk / migrän
 Eksem / hudutslag
 Mag- och tarmbesvär
 Ängslan / oro / ångest
 Lätt infekterad
 Allergiska besvär (ej astma eller hösnuva)
 Hösnuva
 Astma



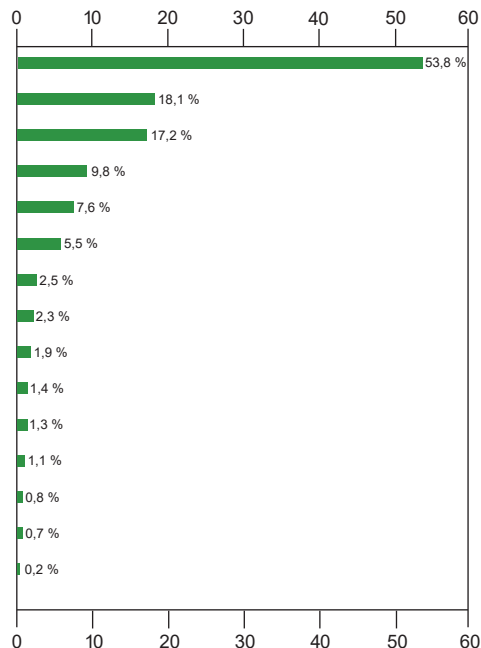
Av läkare fastställd diagnos

Högt blodtryck
 Gallsten eller njursten
 Reumatism
 Hjärtsjukdom
 Diabetes
 Tumör / cancersjukdom

Totalsumman är större än 100 %, eftersom en del patienter har sökt flera olika sjukdomstillstånd.

Vilka typ av behandling har du genomgått för dina besvär?

Kiropraktik, naprapati, osteopati
 Homeopati, naturmedicin, örtmedicin
 Akupunktur
 Zonterapi, akupressur
 Massage, bindvävsmassage
 Elektroterapi
 Hälsohem
 Vegetarisk diet
 Fasta
 Magnetterapi
 Kroppsbalansering
 Antroposofisk behandling
 Psykologisk terapi
 THX
 Annan behandling



Totalsumman är större än 100 %, eftersom en del patienter har sökt flera olika typer av terapier/terapeuter.

”djungeltelegrafen” som i största grad bidrog till att de patienter som hade ett vårdbehov fick vetskap om de alternativmedicinska metoderna och utifrån sådan information sökte sig till alternativmedicinska terapeuter.

När det gäller de patienter som erhöll förbättring efter alternativmedicinsk behandling så berodde förbättringen till den största delen

på den alternativmedicinska behandlingen. Där lyckades terapeuterna göra 60 % av patienterna bättre. I andra hand blev patienterna hjälpta genom egna åtgärder.

När det gällde patienternas uppfattning om alternativmedicinen kontra sjukvården så var det uppenbart att patienterna var mest nöjda med alternativmedicinen. Inom

den offentliga sjukvården var fler än dubbelt så många av patienterna missnöjda.

De som ansåg sig ha blivit orättvist behandlade av sjukvården var 31,6 %, vilket var mer än tiofalt fler än de personer som kände sig orättvist behandlade av någon alternativmedicinsk terapeut.

De flesta som sökte hjälp inom alternativmedicinen led av ryggsmärtor, höftbesvär och ischias. Det var fler än 60 % av dem som i mitten av 1980-talet sökte den alternativmedicinska vården som led av dessa problem. Den stora gruppen alternativmedicinska terapeuter var under den här tiden kiropraktorer och naprapater, vilka ännu inte hade fått legitimationsstatus inom den svenska hälso- och sjukvården.

De typer av behandling som de flesta genomgick var också mycket riktigt kiropraktik, naprapati och osteopati. På andra plats kom homeopati, vilket inte är särskilt uppseendeväckande. Inte heller är det särskilt konstigt att akupunktur, akupressur, zonterapi och massage därefter var de vanligaste behandlingsmetoderna.

När frågan om vad skolmedicinens läkare tyckte om att patienterna hade genomgått alternativmedicinsk behandling så reagerade påfallande många läkare positivt på det. Det verkar som om läkarkåren innerst inne var ganska positiv till alternativmedicinen. Huruvida det fortfarande ligger till på det

Har du berättat för din läkare att du har fått alternativmedicinsk behandling? Vad tyckte denne?

- A) Har inte gått till vanlig läkare 55,4 %
- B) Har inte berättat för min läkare 14,0 %
- C) Berättade för läkaren 30,6 %

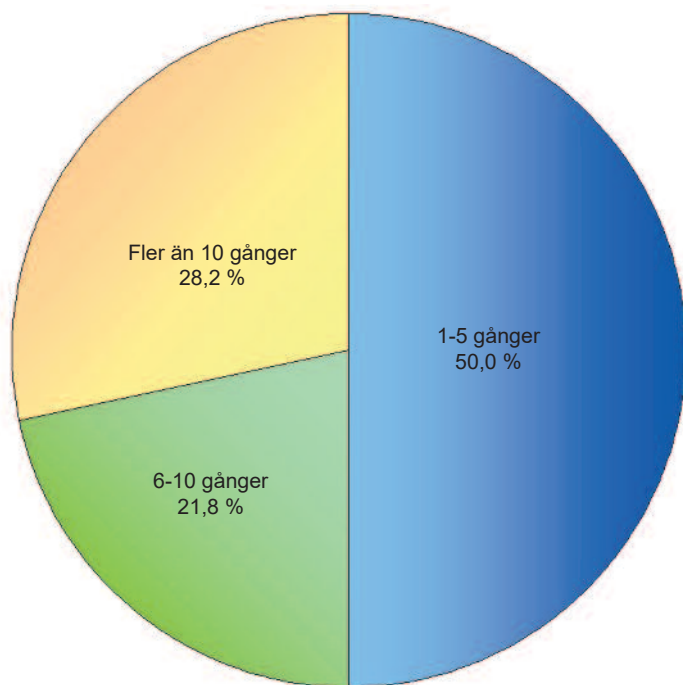
Uppspjälkning av grupp C

- Läkare som reagerade positivt 52,3 %
- Läkare som reagerade negativt 16,0 %
- Kan ej bedöma hur läkaren reagerade 31,7 %

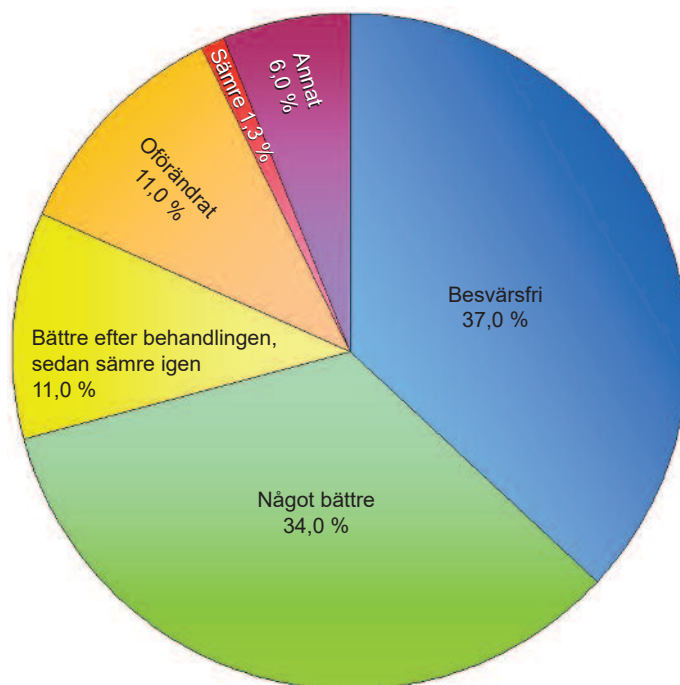
viset skulle vara intressant att få veta. Inom många specialiteter är den offentliga sjukvårdspersonalen i dag mycket negativ till konkurrerande verksamheter och utom-institutionell forskning, till exempel inom audiologi, infektionsmedicin, diabetologi och onkologi (cancersjukvård). Jag har en känsla av att samhället för drygt trettio år sedan var mer öppet för alternativmedicinska metoder än vad det numera är.

Av dem som hade sökt alternativmedicinsk

Hur många gånger i ditt liv har du sökt alternativmedicinsk behandling?



Har den sjukdom som du senast sökte alternativmedicinsk behandling för förändrats?



vård var det hälften som minst sex gånger hade besökt alternativmedicinsk behandling. De som går till alternativmedicinen är lojala och återkommer om de får nya besvär som de själva inte kan klara av. Tilltron till alternativmedicinen ligger alltså på en hög nivå.

Av dem som hade sökt sådan behandling var det hela 71 % som hade blivit permanent bättre. De alternativmedicinska terapeuterna lyckas ganska bra med att hjälpa sina patienter, vilket visade sig i frågan om de tyckte

att den alternativmedicinska vården var värd pengarna. 77,4 % tyckte att den var det, och det var bara 11,1 % som tyckte att den var för dyr.

En intressant jämförelse

SCB ställde elva frågor där alternativmedicinen jämfördes med skolmedicinen. De patienter som hade erfarenhet av alternativmedicinsk vård och som visste vad den handlade om och samtidigt hade erfarenhet av den

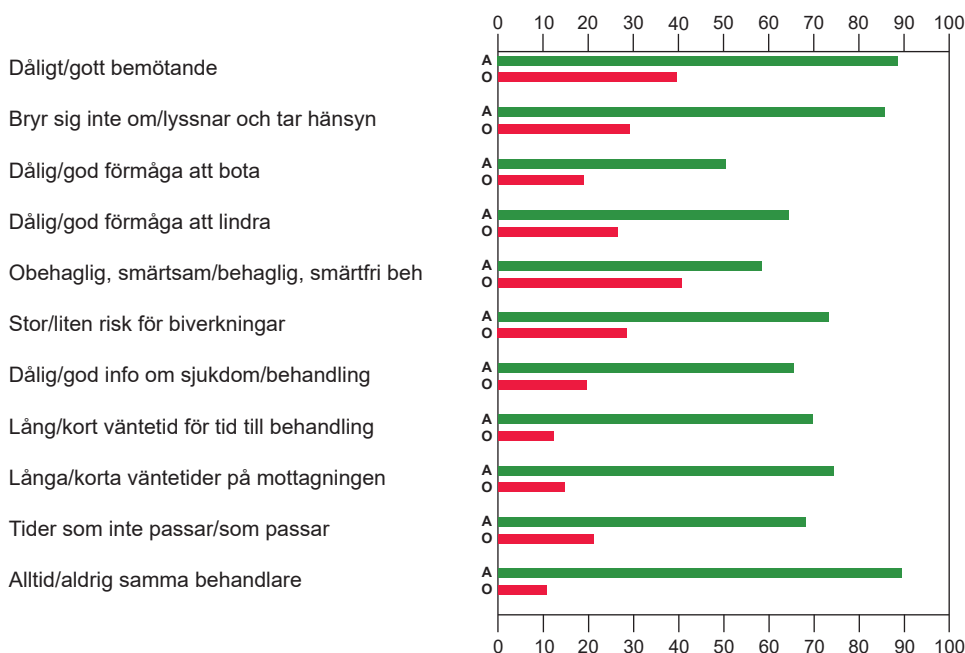
offentliga sjukvården/skolmedicinen gav den offentliga sjukvården klart sämre betyg än den alternativmedicinska vården. Den offentliga sjukvården låg helt klart i lä, och troligtvis är skillnaderna i dag ännu större.

På de elva frågorna om bemötande, lyhörddhet, förmåga att bota och lindra, om behandlingen var obehaglig eller behaglig, smärtsam eller smärtfri, hade stor eller liten risk för biverkningar, om patienten fick god eller dålig information om sjukdom och behandling, om väntetiden vid behandling var lång eller kort, om väntetiderna på mottagningen var långa eller korta, om tiderna passade patienterna eller inte och om patienterna alltid eller aldrig hade samma behandlare, svarade patienterna på samtliga frågor att den alternativmedicinska vården upplevdes som positiv (> 50 % på alla frågor) medan den offentliga sjukvården på samtliga frågor upplevdes som negativ (> 50 % på alla frågor). Det bästa enskilda värdet på frågorna som den offentliga sjukvården kom upp till nådde inte ens upp till det värde som alternativmedicinen fick som sämst på en fråga.

Är du nöjd/missnöjd med alternativmedicinen respektive skolmedicinen?

A = alternativmedicin O = offentlig sjukvård

0 = negativ 100 = positiv

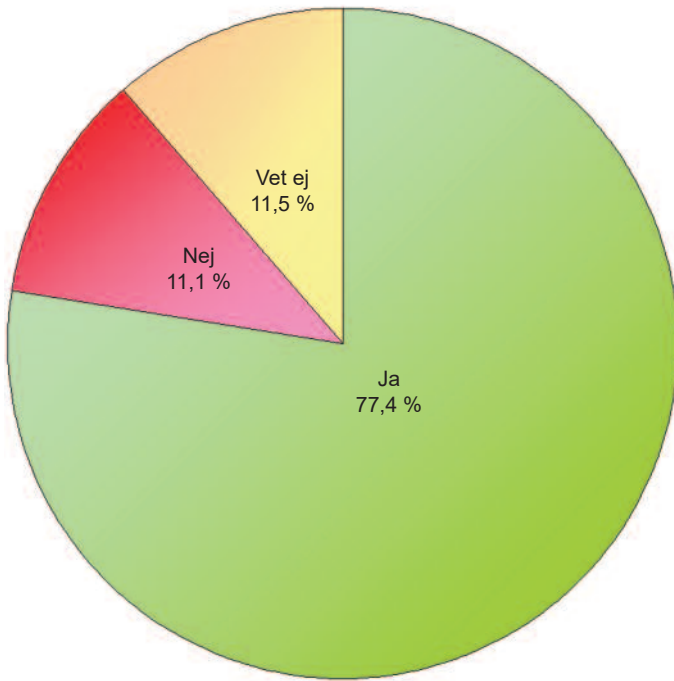


Totalsumman är större än 100 %, eftersom en del patienter har sökt för flera olika sjukdomstillstånd.

Konklusion

När det gäller hur patienterna uppfattar vården så har den offentliga sjukvården inga möjligheter att konkurrera med alternativmedicinsk vård. Bemötandet och omhändertagandet av patienterna inom den alternativmedicinska vården är enormt mycket bättre än inom den offentliga sjukvården. Det bör innebära att den alternativmedi-

Var den alternativmedicinska behandlingen värd pengarna?



cinska vården är bättre på att lyssna på patienterna, och lyssnar man ordentligt på vad patienterna har att säga så är det självfallet mycket enklare att diagnostisera dem på ett

korrekt sätt. Tidsbristen inom skolmedicinen är en patientsäkerhetsrisk som borde uppmärksammas mer än vad som i dag görs.

Det som SCB:s undersökning från år 1984

visar, vilket dock inte står i materialet, är att politiker och andra beslutsfattare har misslyckats kapitalt med att utforma den samhällsfinansierade sjukvården utifrån den svenska befolkningens erfarenheter och behov. De som fattar beslut och stiftar lagar har inte insett och förstått att en integration av alternativmedicin i den offentliga sjukvården skulle leda till bättre behandlingsresultat och ett minskat lidande för patienterna och samtidigt medföra stora samhällsekonomiska vinster. Långsiktig planering förefaller alltså inte vara våra folkvalda politikernas styrka.

Våra politiker samt hälso- och sjukvårdens tjänstemän borde, med tanke på AMK:s och SCB:s gemensamma undersökning, implementera alternativ- och komplementärmedicinska metoder i den offentliga sjukvården. Frågan är om och när det i sådana fall kommer att ske. Det är minst sagt skandalöst att det ännu inte har blivit av, och eftersom SCB-undersökningen nu är mer än trettio år gammal så finns det all anledning att genomföra en ny, liknande undersökning. Detta bör göras så snart som möjligt med tanke på alla de vårdskandaler som med jämna mellanrum rullas upp i massmedia.

Text och grafik: **Michael Zazzio**

Alternativ medicin/ behandling 2019

Kontakt på Novus:

Helena Björck & Siobhán Hogan

Datum: 2019-04-30



Bakgrund & Genomförande

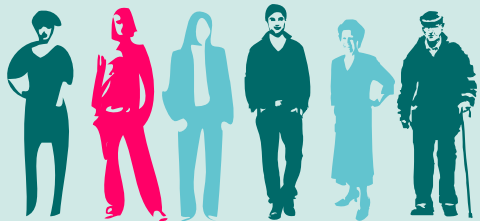
BAKGRUND

Undersökningen har genomförts av Novus på uppdrag Svenska Föreningen för Vetenskaplig Homeopati.

Syftet med undersökningen är att undersöka svenskarnas inställning till alternativvård.

MÅLGRUPP

Svenska allmänheten



Ålder:
18-79 år

GENOMFÖRANDE

Antal genomförda
intervjuer: 2 003

Fältperiod 12-18 april
2019

Deltagarfrekvens:
57%

Deltagarfrekvensen är 57%. Det finns inget som tyder på att bortfallet skulle snedvrider resultatet, utan undersökningen är åsiktsmässigt representativ för den grupp som skulle undersökas, och de slutsatser som presenteras i undersökningen gäller hela populationen.

En Novus undersökning är en garant för att undersökningen är relevant och rättvisande för hela gruppen som skall undersökas.

Undersökningen är genomförd via webbintervjuer i Novus slumpmässigt rekryterade och representativa Sverigepanel.

RESULTAT

Resultaten för allmänheten levereras i en diagramrapport. Markerade signifikanta skillnader i rapporten är jämfört mot totalen (kön, ålder, hushållsinkomst, utbildning och region). Resultatet är efterstratifierat.

FELMARGINAL

Vid 2 003 intervjuer:
Vid utfall 20/80: +/- 1,7%
Vid utfall 50/50: +/- 2,2%



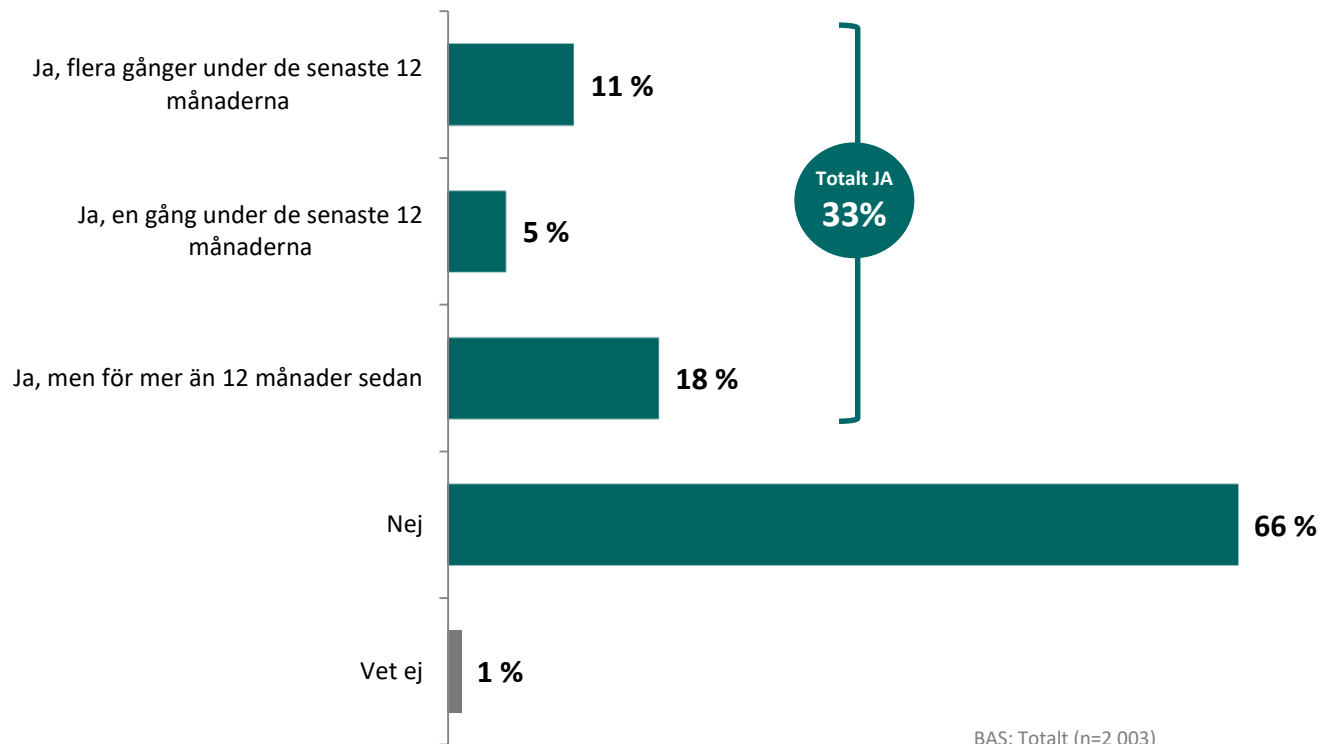
Kort sammanfattning

- 1 av 3 svenskar mellan 18-79 år har intagit alternativmedicinskt preparat eller fått behandling en eller flera gånger
- Bland de som har sökt alternativmedicinsk behandling under de senaste 12 månaderna har 4 av 10 fått behandling 1-2 gånger under denna tiden.
- Vanligast att söka komplementär /alternativmedicinsk behandling för rygg- eller höftbesvär eller ischias följt av värk i skuldror, axlar , händer, ben och knän.
- Osteopati, naprapati, kiropraktik eller craniosakral terapi är den behandling flest har genomgått följt av akupunktur.
- Var fjärde valde komplementär alternativmedicin för att de tidigare fått hjälp på detta sätt tidigare följt av blivit rekommenderad av släkt/vänner.
- Hälften uppger att de redan fått diagnos/blivit utredda hos läkare inom hälso-och sjukvården då de sökte hjälp hos alternativvården senast
- Många uppger att deras sjukdom/besvär blivit bättre efter alternativ medicin/ behandling
- Fler har fått biverkningar efter behandling inom sjukvården än av alternativvården
- 6 av 10 svenskar anser att föräldrar ska ha rätt att välja komplementär/alternativmedicinsk behandling för sina barn om det inte är akut och livshotande sjukdomar
- De flesta anser att patienten själv ska ha rätt att bestämma vilken behandlingsform han/hon vill ha

Resultat

1 av 3 har intagit alternativmedicinskt preparat eller fått behandling en eller flera gånger

FRÅGA: Har du intagit ett alternativmedicinskt preparat och/eller fått en komplementär/alternativmedicinsk behandling (Kam) som till exempel: akupunktur, zonterapi, funktionell medicin, näringsterapi, craniosakral terapi, homeopati, kinesisk medicin, örtmedicin, osteopati, kiropraktik, naprapati, cbd-olja, kolloidalt silver, antroposofisk medicin, ayurveda mfl.?



Signifikanta skillnader

Följande undergrupper svarar i högre grad följande:

Totalt Ja (33%)

- Kvinna (44%)
- 30-49 år (40%)
- Gymnasieutbildad (35%)
- Högutbildad (36%)

Totalt ja under de senaste 12 månaderna (15%)

- Kvinnor (20%)
- Åldersgruppen 50-64 år (18%)
- Boende i övriga landet (17%)

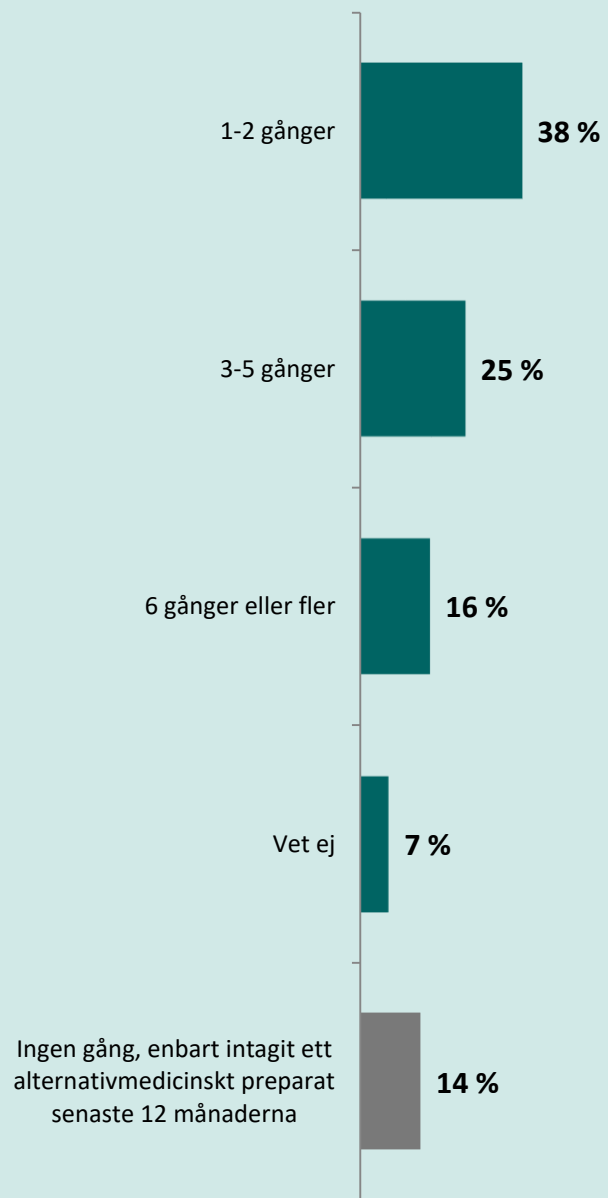
Nej (66%)

- Man (77%)
- 18-29 år (70%)
- 65-79 år (76%)
- Boende i Sydsverige (72%)

Har intagit/fått alternativ medicin/behandling senaste 12 månaderna

Nära 4 av 10 har sökt alternativmedicinsk behandling 1-2 gånger under de senaste 12 månaderna

FRÅGA: Ungefär hur många gånger har du sökt komplementär/alternativmedicinsk behandling under de senaste 12 månaderna?



BAS: Har intagit/fått alternativ medicin/behandling senaste 12 månaderna (n=310)

Vanligast att söka komplementär /alternativmedicinsk behandling för rygg- eller höftbesvär eller ischias

FRÅGA: Vilka slags besvär har du sökt komplementär/alternativmedicinsk behandling för? (flera svar möjligt)

Signifikanta skillnader

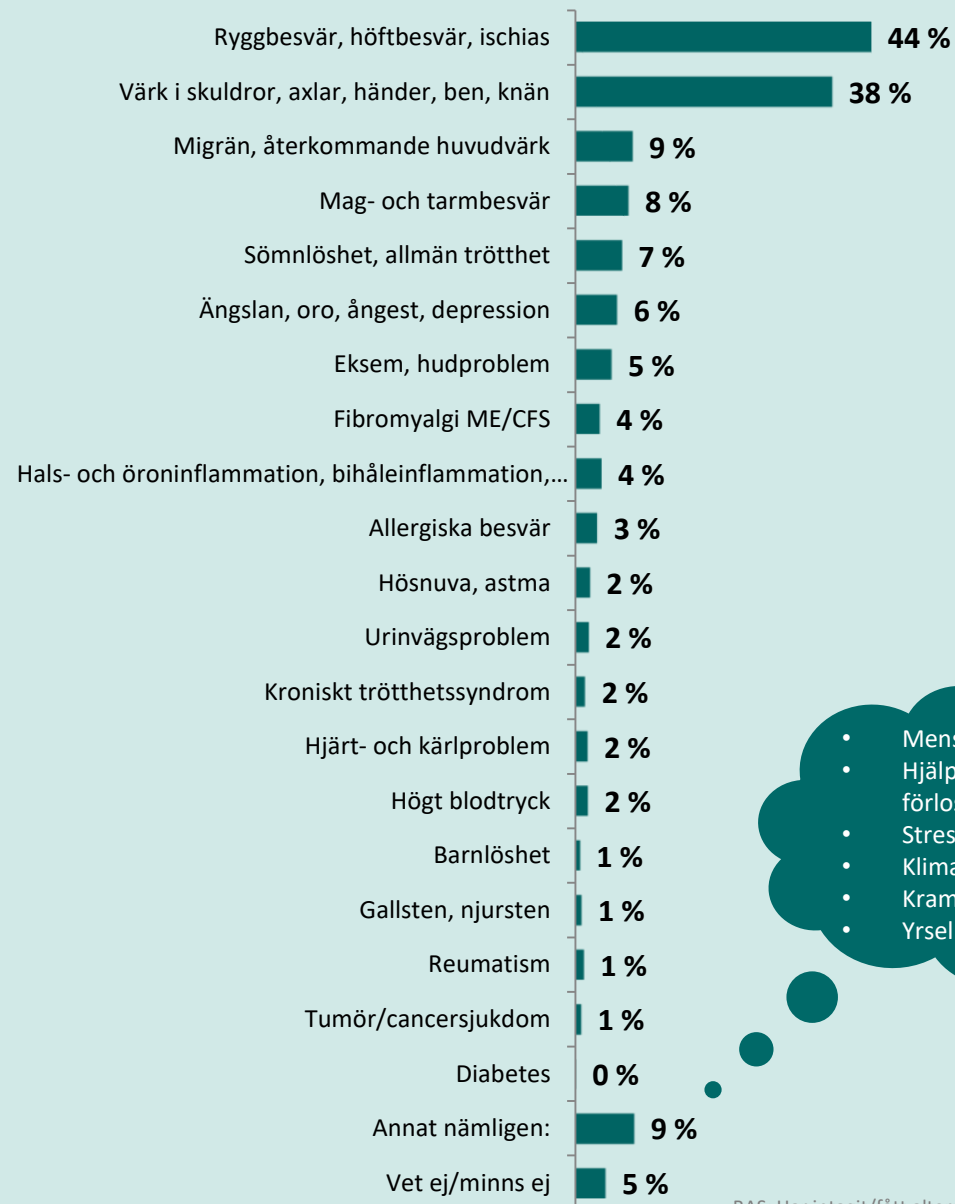
Följande undergrupper svarar i högre grad följande:

Ryggbesvär (44%)

- Har intagit ett alternativmedicinskt preparat och/eller fått en komplementär/alternativmedicinsk behandling inom de senaste 12 månaderna (50%)

Migrän (9%)

- Kvinnor (11%)
- 18-29 år (19%)



BAS: Har intagit/fått alternativ medicin/behandling (n=663)

Se öppen svarsfil för fullständig lista på annat

Har intagit/fått alternativ medicin/ behandling

Osteopati, naprapati, kiropraktik eller craniosakral terapi är den behandling flest har genomgått

FRÅGA: Vilken/vilka typer av behandling har du genomgått för dina besvär? (flera svar möjligt)

Signifikanta skillnader

Följande undergrupper svarar i högre grad följande:

Osteopati, naprapati, kiropraktik, craniosakral terapi (44%)

- 30-49 år (49%)
- Grundskola (55%)
- Boende i Västsverige (53%)
- Har intagit ett alternativmedicinskt preparat och/eller fått en komplementär/alternativmedicinsk behandling inom de senaste 12 månaderna (49%)

Akupunktur (41%)

- Kvinna (46%)
- Boende i storstäder (49%)
- Boende i Stockholm (49%)
- Hushållsinkomst 200k-399k (52%)

Massage, bindvävsmassage osv (24%)

- Kvinna (28%)
- 30-49 år (30%)
- Storstäder (29%)

Homeopati (6%)

- Kvinna (8%)
- Västsverige (12%)

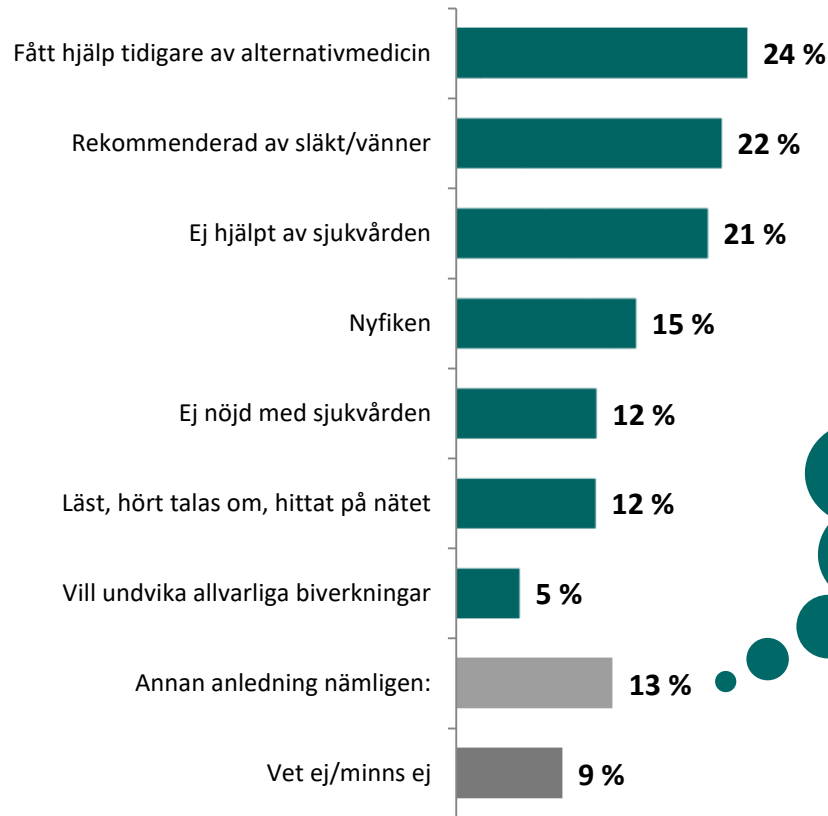


- Healing
- Ljusterapi
- Shockwave-behandling

BAS: Har intagit/fått alternativ medicin/ behandling (n=663)

Var fjärde valde komplementär alternativmedicin för att de tidigare fått hjälp på detta sätt tidigare

FRÅGA: Varför valde du att söka hjälp inom komplementär/alternativmedicinen? (flera svar möjligt)



- Rekommenderades av sjukvården
- Rekommenderad av sjukgymnast
- Hade lindriga problem
- Det erbjöds som smärtlindring
- komplement till sjukvården

BAS: Har intagit/fått alternativ medicin/behandling (n=663)

Signifikanta skillnader

Följande undergrupper svarar i högre grad följande:

Fått hjälp tidigare av alternativmedicin (24%)

- 50-64 år (33%)
- 50-79 år (29%)
- Hushållsinkomst 200k-399k (31%)
- Har intagit ett alternativmedicinskt preparat och/eller fått en komplementär/alternativmedicinsk behandling inom de senaste 12 månaderna (37%)

Ej hjälpt av sjukvården (21%)

- Kvinna (25%)
- Boende i Västsverige (35%)

Hälften uppger att de redan fått diagnos/blivit utredda hos läkare inom hälso-och sjukvården då de sökte hjälp hos alternativvården senast

FRÅGA: Tänk på senaste gången du sökte hjälp hos alternativvården. De besvär eller sjukdom du sökte för då, hade du för dessa besvär/sjukdom redan innan fått en diagnos/blivit utredd hos läkare inom hälso- och sjukvården?

Signifikanta skillnader

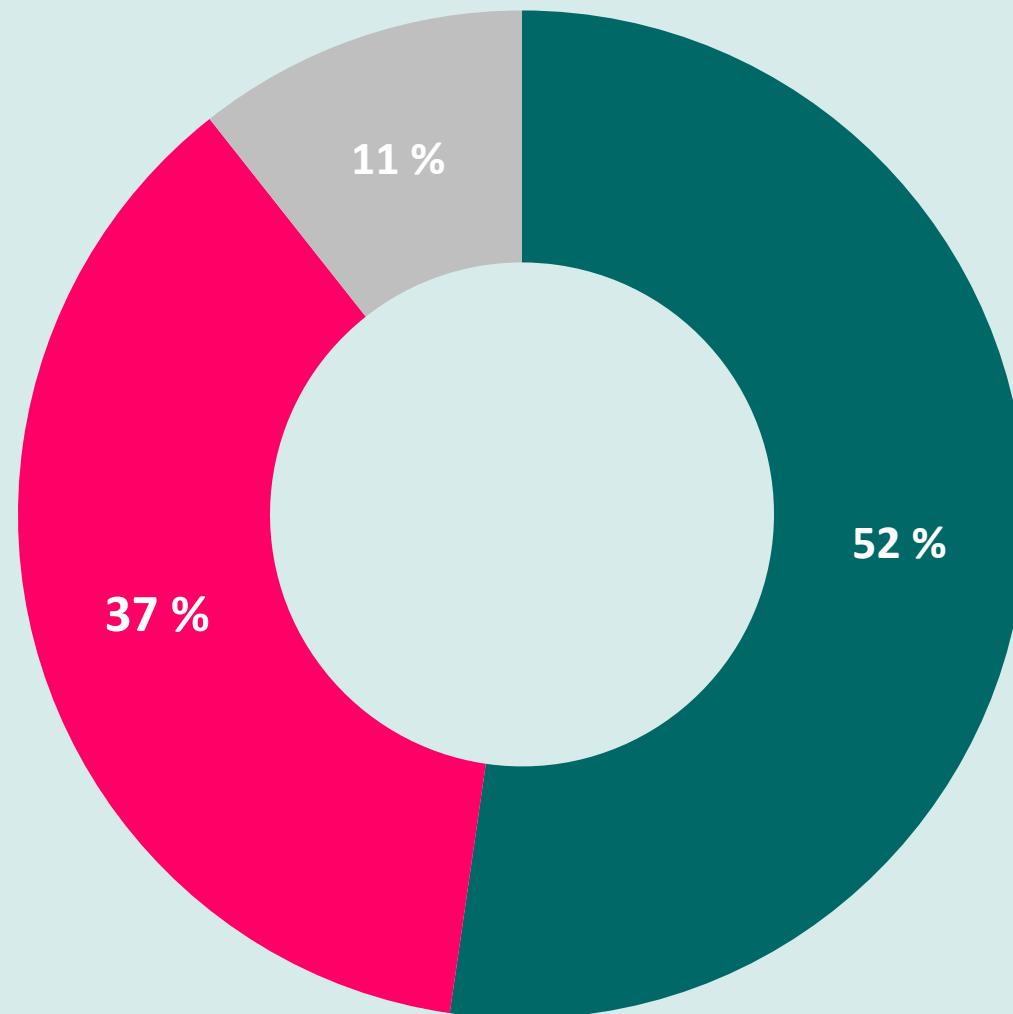
Följande undergrupper svarar i högre grad följande:

Ja (52%)

- Kvinna (58%)
- Boende i övriga landet (57%)

Nej (37%)

- Man (46%)
- Hushållsinkomst 600k- (44%)



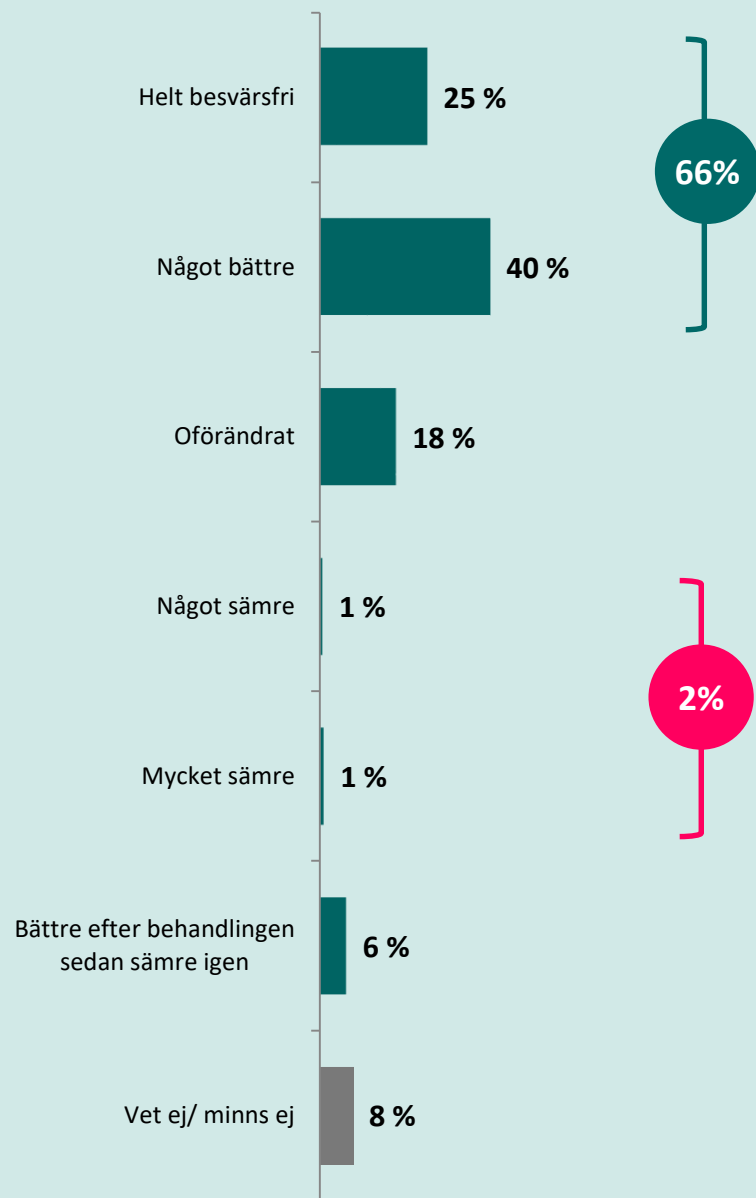
■ Ja ■ Nej ■ Vet ej/minns ej

BAS: Har intagit/fått alternativ medicin/behandling (n=663)

Har intagit/fått alternativ medicin/behandling

Många uppger att deras sjukdom/besvär blivit bättre efter alternativ medicin/ behandling

FRÅGA: Hur har den sjukdom/besvär förändrats som du senast sökte komplementär/alternativmedicinsk behandling för eller intog ett alternativmedicinskt preparat för? (till exempel: akupunktur, zonterapi, funktionell medicin, näringsterapi, craniosakral terapi, homeopati, kinesisk medicin, örtmedicin, osteopati, kiropraktik, naprapati, cbd-olja, kolloidalt silver, antroposofisk medicin mfl.)?



BAS: Har intagit/fått alternativ medicin/behandling (n=663)

Signifikanta skillnader

Följande undergrupper svarar i högre grad följande:

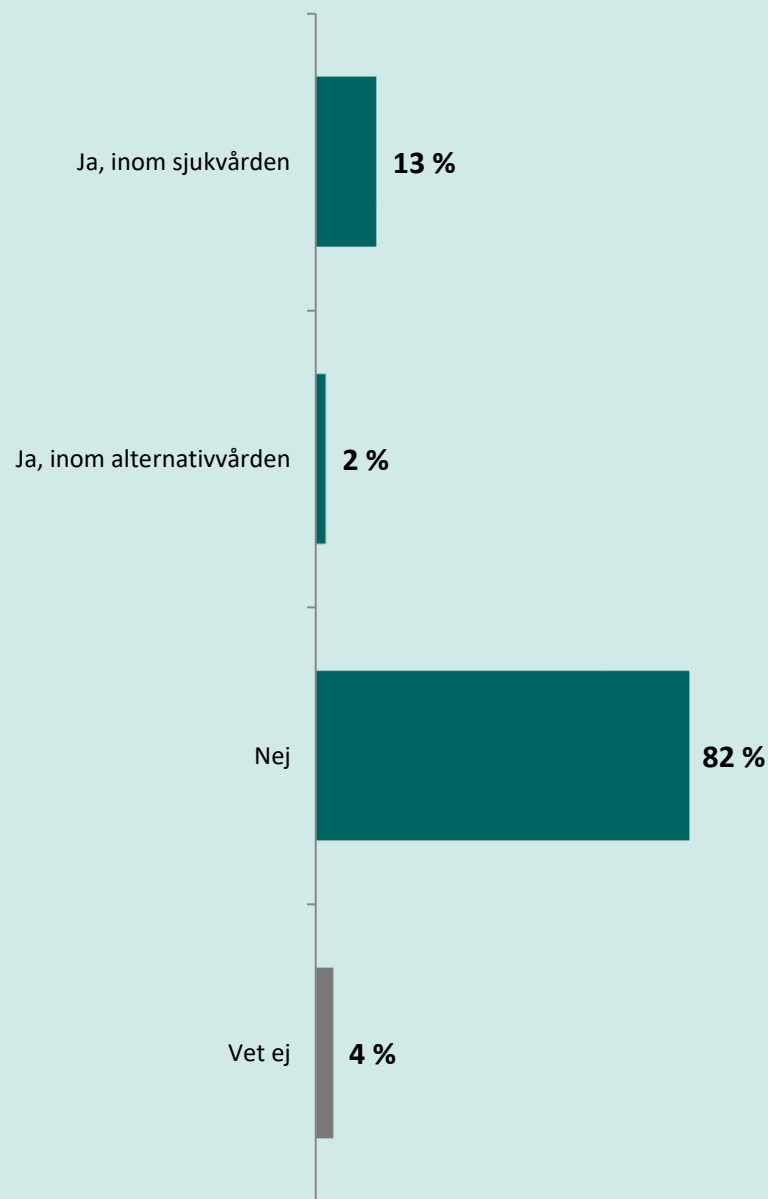
Blivit bättre (66%)

- Kvinna (69%)
- 50-64 år (72%)
- Har intagit ett alternativmedicinskt preparat och/eller fått en komplementär/alternativmedicinsk behandling inom de senaste 12 månaderna (78%)

Har intagit/fått alternativ medicin/behandling

Fler har fått biverkningar efter behandling inom sjukvården än av alternativvården

FRÅGA: Har du någon gång fått biverkningar som orsakade lidande, krävde extra vård eller medicinering? Om så är fallet hände det inom: (Flera svar möjligt)



BAS: Har intagit/fått alternativ medicin/behandling (n=663)

Signifikanta skillnader

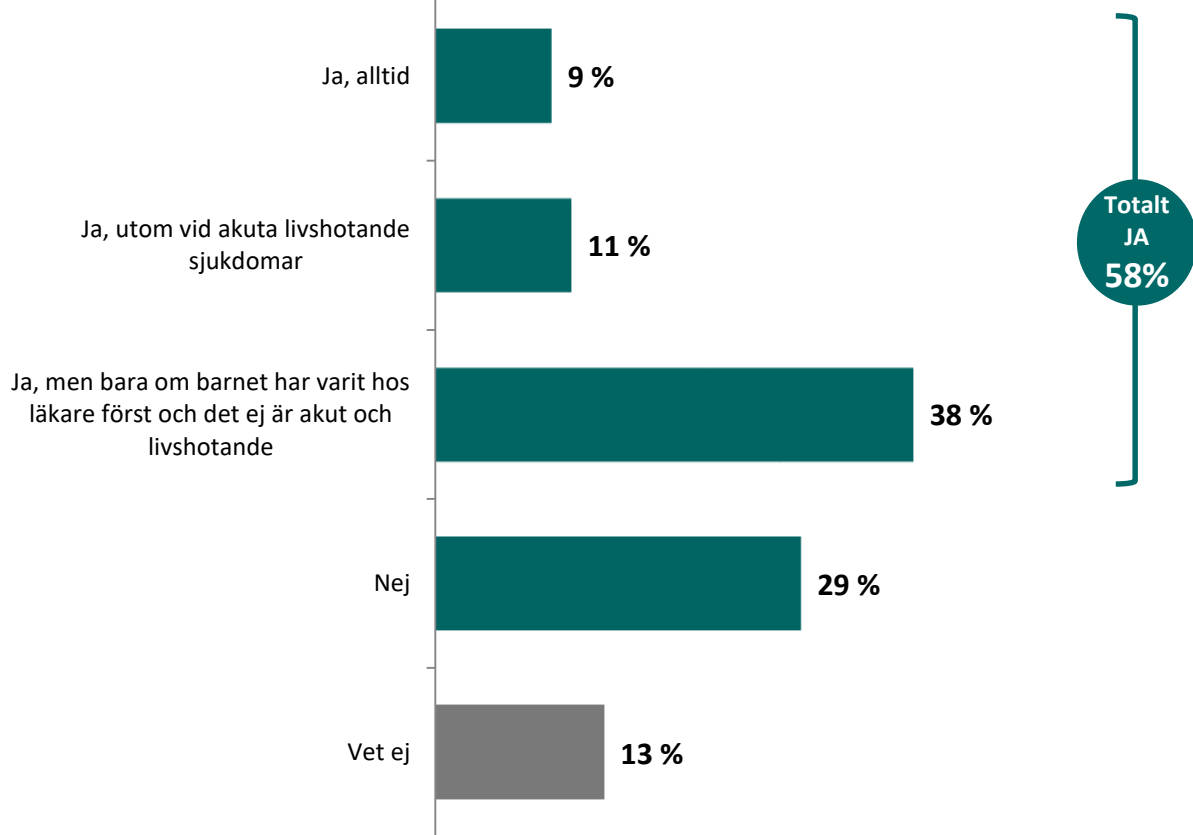
Följande undergrupper svarar i högre grad följande:

Ja, inom sjukvården (13%)

- Kvinna (16%)

6 av 10 svenskar anser att föräldrar ska ha rätt att välja komplementär/alternativmedicinsk behandling för sina barn om det inte är akut och livshotande sjukdomar

FRÅGA: Anser du att föräldrar ska ha rätt eller inte att välja komplementär/alternativmedicinsk behandling för sina barn under 18 år framför 'vanlig' medicinsk behandling om de så vill?



BAS: Totalt (n=2 003)

Signifikanta skillnader

Följande undergrupper svarar i högre grad följande:

Totalt Ja (58%)

- Kvinna (63%)
- 30-49 år (61%)
- Gymnasieutbildad (60%)
- Hushållsinkomst 200k-399k (63%)
- Har intagit ett alternativmedicinskt preparat och/eller fått en komplementär/alternativmedicinsk behandling (71%)
- Har intagit ett alternativmedicinskt preparat och/eller fått en komplementär/alternativmedicinsk behandling inom de senaste 12 månaderna (70%)

Ja, alltid (9%)

- 30-49 år (12%)
- Hushållsinkomst 200k-399k (16%)
- Har intagit ett alternativmedicinskt preparat och/eller fått en komplementär/alternativmedicinsk behandling (14%)
- Har intagit ett alternativmedicinskt preparat och/eller fått en komplementär/alternativmedicinsk behandling inom de senaste 12 månaderna (21%)

Ja, men bara om barnet varit hos läkare först/ej akut/livshotande (38%)

- Kvinna (42%)

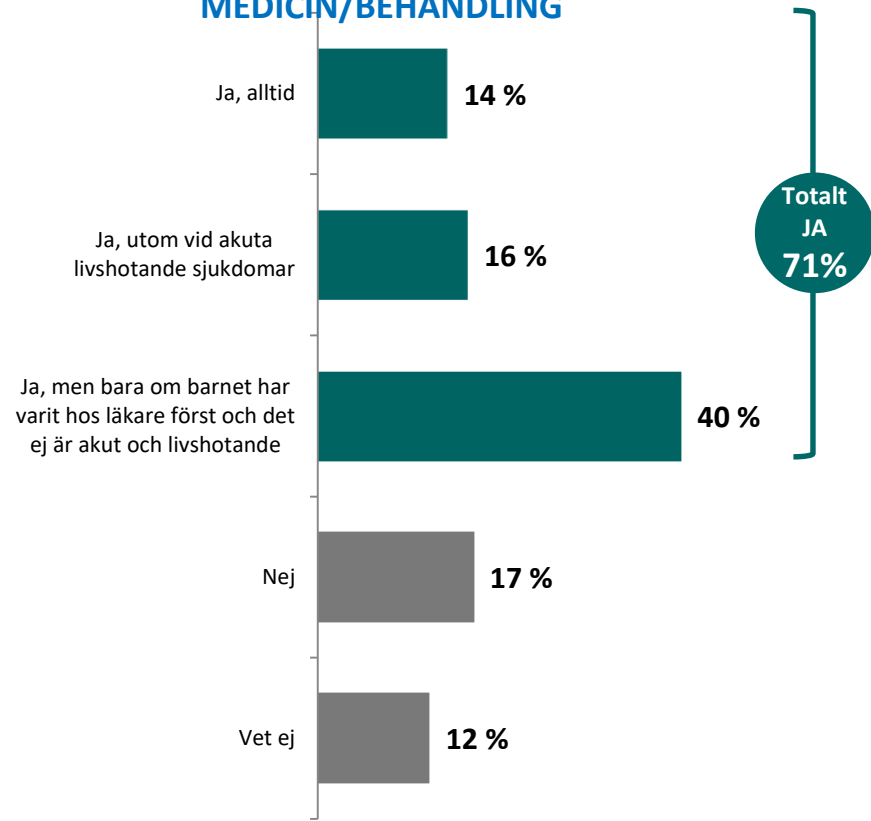
Nej (29%)

- Man (36%)
- 65-79 år (36%)
- Universitetsutbildning (34%)
- Hushållsinkomst 600k- (34%)
- Större städer (33%)
- Har inte intagit ett alternativmedicinskt preparat och/eller fått en komplementär/alternativmedicinsk behandling (35%)

7 av 10 som själva har intagit/fått alternativ medicin/behandling anser att föräldrar ska ha rätt att välja komplementär/alternativmedicinsk behandling för sina barn om det inte är akut och livshotande sjukdomar

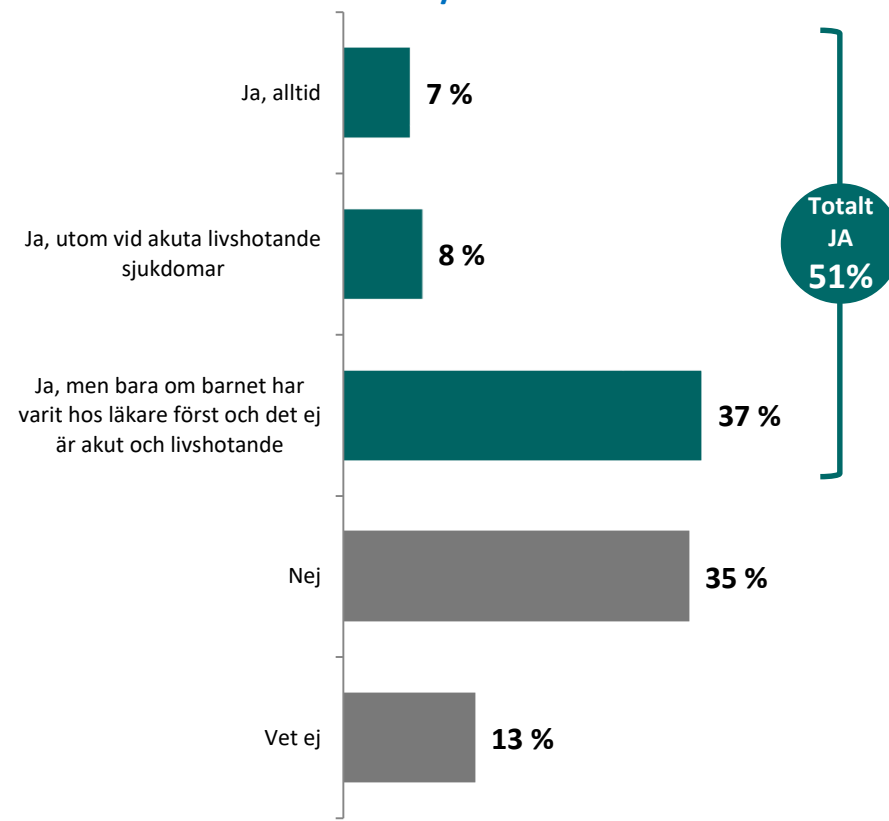
FRÅGA: Anser du att föräldrar ska ha rätt eller inte att välja komplementär/alternativmedicinsk behandling för sina barn under 18 år framför 'vanlig' medicinsk behandling om de så vill?

HAR INTAGIT/FÅTT ALTERNATIV MEDICIN/BEHANDLING



BAS: Har intagit/fått alternativ medicin/behandling (n=663)

HAR INTE INTAGIT/FÅTT ALTERNATIV MEDICIN/BEHANDLING



BAS: Har inte intagit/fått alternativ medicin/behandling (n=1319)

De flesta svenskar anser att patienten själv ska ha rätt att bestämma vilken behandlingsform han/hon vill ha

FRÅGA: Anser du att det är patienten själv, oberoende av diagnos eller besvär, som har rätten att själv bestämma vilken behandlingsform han/hon vill ha. Alltså har rätt till valfrihet att välja en komplementär/alternativmedicinsk behandling, antingen enbart eller som ett komplement till den vanliga vården? (Utgå ifrån att patienten är myndig och kan ta ansvar för sina beslut).

Signifikanta skillnader

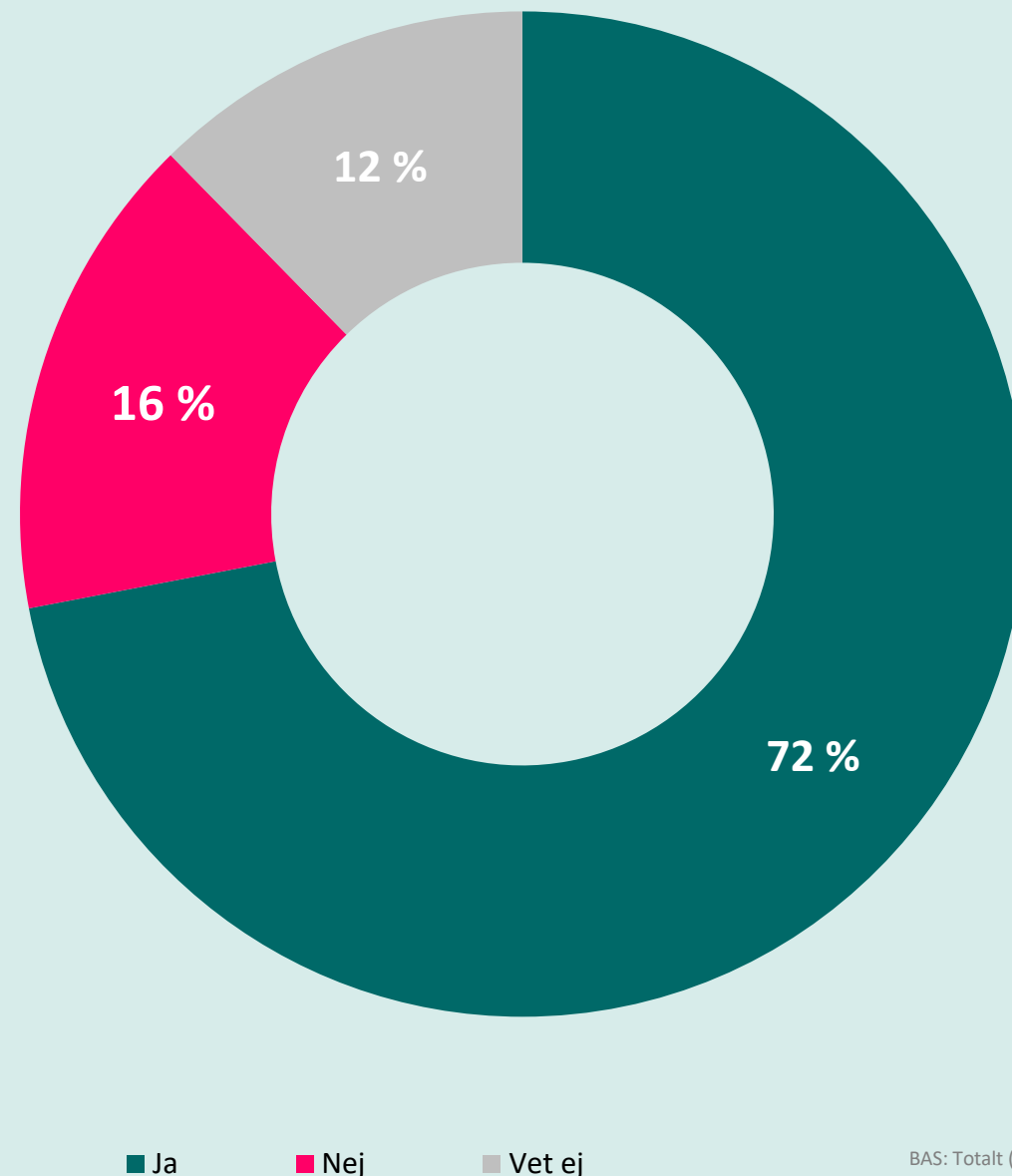
Följande undergrupper svarar i högre grad följande:

Ja (72%)

- Kvinna (79%)
- 65-79 år (77%)
- Har intagit ett alternativmedicinskt preparat och/eller fått en komplementär/alternativmedicinsk behandling (79%)
- Har intagit ett alternativmedicinskt preparat och/eller fått en komplementär/alternativmedicinsk behandling inom de senaste 12 månaderna (82%)

Nej (16%)

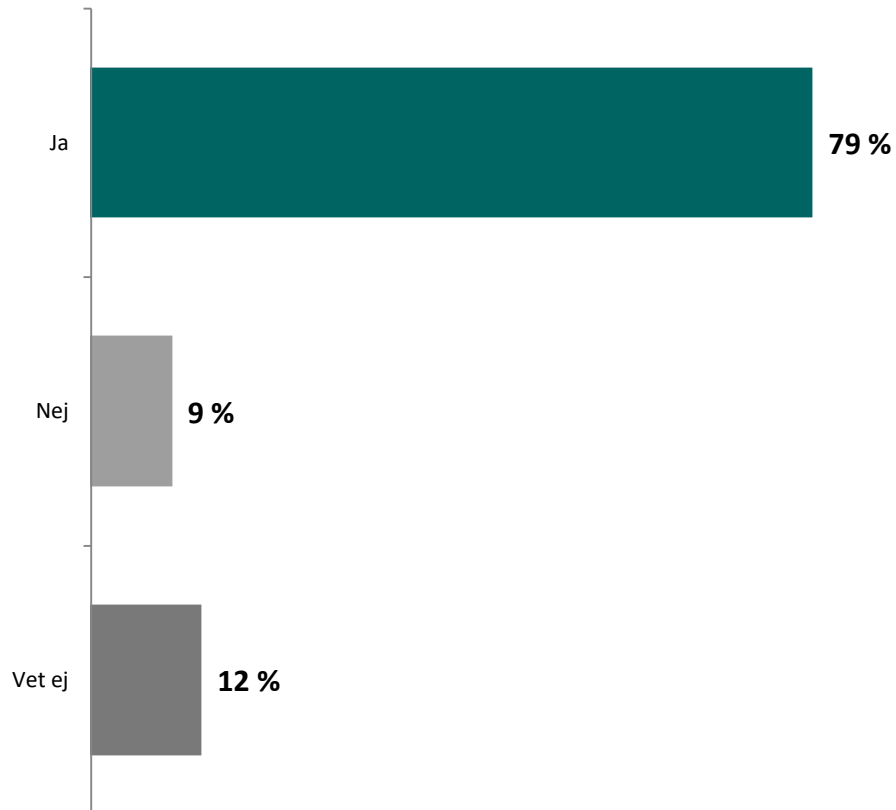
- Man (22%)
- 30-49 år (20%)
- Universitetsutbildning (20%)
- Hushållsinkomst 600k- (22%)
- Har inte intagit ett alternativmedicinskt preparat och/eller fått en komplementär/alternativmedicinsk behandling (19%)



8 av 10 som själva har intagit/fått alternativ medicin/behandling anser att patienten själv ska ha rätt att bestämma vilken behandlingsform han/hon vill ha

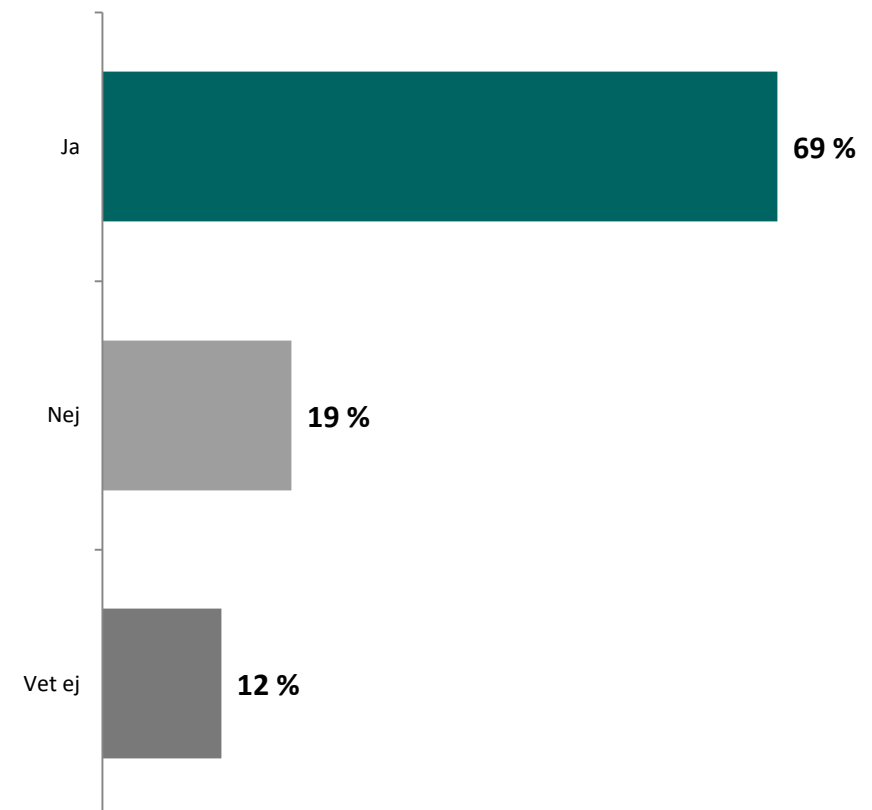
FRÅGA: Anser du att det är patienten själv, oberoende av diagnos eller besvär, som har rätten att själv bestämma vilken behandlingsform han/hon vill ha. Alltså har rätt till valfrihet att välja en komplementär/alternativmedicinsk behandling, antingen enbart eller som ett komplement till den vanliga vården? (Utgå ifrån att patienten är myndig och kan ta ansvar för sina beslut).

HAR INTAGIT/FÅTT ALTERNATIV MEDICIN/BEHANDLING



BAS: Har intagit/fått alternativ medicin/behandling (n=663)

HAR INTE INTAGIT/FÅTT ALTERNATIV MEDICIN/BEHANDLING

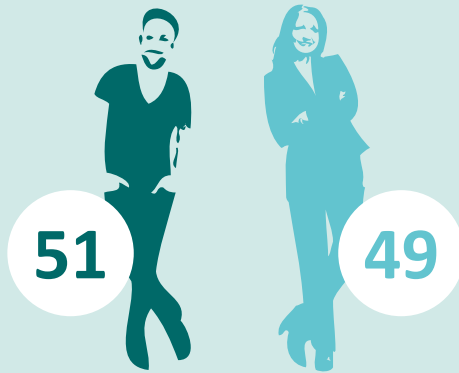


BAS: Har inte intagit/fått alternativ medicin/behandling (n=1319)

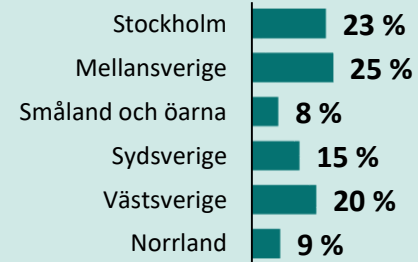
Bakgrundsfrågor

Bakgrund

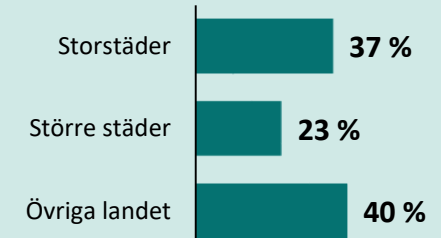
KÖN



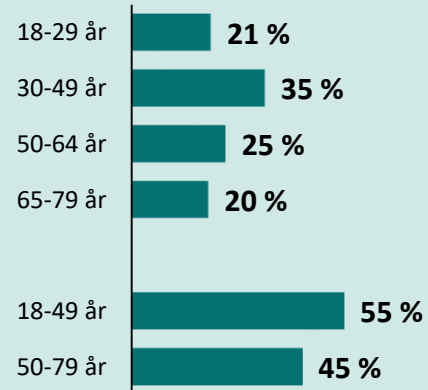
REGION



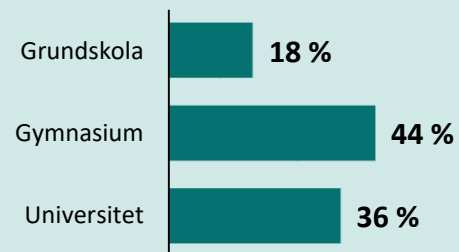
ORT



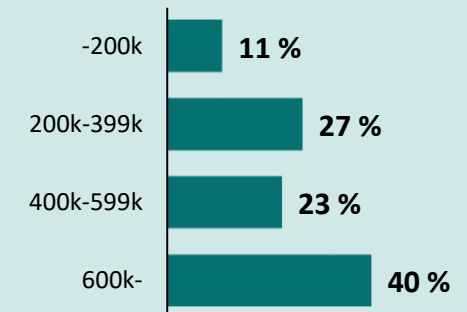
ÅLDER



UTBILDNING



HUSÅLLSINKOMST



BAS: Totalt (n=2 003)

Vi på Novus älskar frågor

Kontakter på Novus

Konsult

Helena Björck

Mobil: 0720 70 04 18

E-post: helena.bjorck@novus.se



Projektledare

Siobhán Hogan

Mobil: 0702 17 52 30

E-post: siobhan.hogan@novus.se





Så tycker reumatikerna om de alternativa metoderna

Under december månad 1998 sände den alternativa forskningsgruppen ut en enkät till slumpvis utvalda medlemmar i Reumatikerförbundet. Syftet var att bilda sig en uppfattning om vilka alternativa behandlingsformer som förbundets reumatiker använder och i vilken utsträckning. Utfallet av enkäten visar tydligt att många människor söker och hittar alternativa behandlingsmetoder som hjälper dem.

Urval

Enkäten sändes ut till 890 personer och 669 svarade. Av dessa återsändes 118 blanka, vilket tyder på att de är stödjande medlemmar och alltså inte har någon reumatisk sjukdom eller är totalt ointresserade av frågeställningarna.

Undersökningen bygger således på svar från 551 personer, av vilka 483 har angivit diagnos.

Urvalet gjordes metodiskt. Det innebar att var 77:e huvudmedlem (medlem som ej är registrerad som familjemedlem) bland Reumatikerförbundets medlemmar valdes ut, vilket gav 665 namn. Det har sedan kompletterats med särskilda urval bland dem som angivit sin diagnos.

Genom samma metodiska urval

från artrosgruppen (var 7:e) fick vi 96 namn, SLE-gruppen (var 18:e) 81 namn och Bechterewgruppen (var 47:e) 68 namn.

Skälet är viljan att se om patienter med olika reumatologisk diagnos använder olika sorters komplementära behandlingsformer och om patienternas syn på dem skiljer sig åt. Eftersom vi här behandlat hela materialet tillsammans är de slutsatser som går att dra att likna vid tendenser. De kan ses som en fingervisning om vilka behandlingar som bör undersökas närmare och även för vilka diagnoser dessa behandlingar kan vara intressanta.

Diagnosgrupper

De specificerade diagnosgrupperna är fördelade på artrit, artros, Bechterew, fibromyalgi/Dercum samt SLE/Sjögren och är behandlade separat. Av det totala antalet svarande anger 66 stycken dubbla diagnoser. Merparten av dubbeldiagnoserna återfinns bland de med SLE, som även uppger Sjögrens Syndrom. I grupperna artros och fibromyalgi finns ingen dubbeldiagnos angiven.

Ålder och kön

Skillnaden på de svarandes ålder är stor, allt från ungdom på 12 år till äldre som fyllt 90 år. Över hälften är dock mellan 40 och 70 år gamla. Personerna med artros är något äldre än de med artrit, Bechterew, fibromyalgi eller SLE.

Diagnosgrupperna artros, fibromyalgi och SLE företräds nästan enbart av kvinnor. Av artriterna är 80% kvinnor medan Bechterewarna har det omvända förhållandet med 60% män.

Insjuknande- och diagnosår

Det finns en stor skillnad i när svara- rna anser sig insjuknat. Det spänner mellan från för 2 år till för 60 år sedan. 20% insjuknade för mindre än 10 år, och 20% för mer än 30 år sedan. Hälften insjuknade dock för mindre än 20 år sedan.

För de olika diagnosgrupperna har hälften av personerna med fibromyalgi och artros haft sin sjukdom i mer än 14 år och de med artrit i 16 år. För grupperna SLE och Bechterew är sjukdomstiden 20 respektive 25 år.

Av undersökningen går också att utläsa att om man har dubbeldiagnos så dröjde det 2 år mellan diagnos ett och diagnos två.



Behandlingsmetoder

Frågan: Vilka av nedanstående behandlingsmetoder har du utnyttjat regelbundet under någon period i livet, och vilken effekt hade de på dina reumatiska symtom?

Alternativen var: Jag blev klart bättre, något bättre, fick ingen effekt, blev något sämre, klart sämre och slutligen vet ej.

I genomsnitt hade de svarande använt 2,34 alternativa behandlingar. Bortser man från de 118 helt blanka svaren (troligen mest stödande medlemmar) så blir siffran 2,84. Eftersom man kan misstänka att de som inte använder alternativa behandlingar inte varit lika flitiga att svara som de som använder dem pekar siffrorna på att: I genomsnitt har medlemmen med en reumatologisk diagnos använt cirka 2,5 alternativa behandlingar.

Akupunktur 285 svar

Svaren visade att totalt har 55% fått någon eller en klar förbättring av akupunktur. Endast 4% har blivit klart sämre. Bland de som uppger att de blivit något sämre finns bara personer med fibromyalgi.

Amalgamsanering 80 svar

Totalt hela 14,5% av de 551 som inte svarat blankt hade alltså amalgamsanerat sina tänder. Av dem uppger 20% en klar förbättring. De flesta upplever smärre förbättringar eller ingen skillnad från före saneringen.

Antioxidanter/mineraler/vitaminer 144 svar

Av dem som uppgivit bruk av antioxidanter/mineraler och vitaminer säger sig 50% ha blivit bättre. Artritgruppen är mer positiv och där var siffran hela 60%.

Bindvävsmassage 74 svar

Denna behandlingsform uppvisar intressanta siffror. Av den totala gruppen blev hela 25% klart bättre och 44% blev något bättre. För den positiva sidan alltså hela 69%.

Fasta 111 svar

55% av totalgruppen mår bättre av fasta och Bechterewarna är mest positiva.

Feldenkraiss 19 svar

Det är endast en liten del av svararna som provat Feldenkraismetoden. (se särskild artikel)

Fiskolja 133 svar

Av dem som provat att äta fiskolja har hälften upplevt en positiv förbättring. Någon speciell skillnad beroende på vilken diagnos man har föreligger inte.

Vegankost 28 svar

Det är ett ytterst fåtal personer som provat en ren vegankost. Av dem mådde 32% något bättrade och 29% klart bättre. En stor andel, 61%, uppger således en förbättring.

Healing 32 svar

14 stycken tyckte att de blivit bättre, men man får vara försiktig med slutsatser när det gäller så här små grupper och behandlingar som varierar mycket i sitt utförande.

Homeopati 83 svar

Av dem som provat homeopati är det grupperna med artros och fibromyalgi som är mest nöjda med över hälften som ansett sig bli klart eller något bättre.

Laktovegetarisk kost 62 svar

Av dem som provat laktovegetarisk kost tycker mer än hälften, 53%, att kosten haft effekt. Hela 10 av 12 i fibromyalgigruppen har upplevt detta.

Laser 65 svar

Nästan hälften av dem som provat har upplevt förbättringar. Det finns dock många olika sorters laserbehandlingar och vi vet därför inte vad dessa siffror står för.

Meditation 20 svar

De typer av meditation som angavs var TM och ACEM. Det totala antalet personer som provat någon av dessa former är för litet och därför redovisar vi inga siffror. Det enda man kan konstatera är att ingen som provat blev sämre.



Qi-Gong och Tai Chi 51 svar

21 stycken tycker att de blivit lite bättre medan de flesta inte känt någon förändring.

Psykoterapi 31 svar

Knappt hälften tyckte att det gjort någon nytta och endast 2 stycken upplevde stora förbättringar.

Rosenterapi 21 svar och Slagruta/ jordstrålning 12 svar

För få personer har provat rosenterapi eller slagruta/jordstrålning för att det ska ge utslag.

Zonterapi 84 svar

52% av de som provat zonterapi har blivit klart eller något bättre. Artritgruppen har fått ut mest av terapin.

Örtmedicin och medicinalväxter 76 svar

Av de som provat örtmedicin eller medicinalväxter blev 30% klart bättre och ytterligare 30% något bättre. Totalt mätte således 60% bättre av sin behandling, bäst för artrit-, artros- och Bechterewgrupperna.

Behandlingar som man själv angett i enkäten

93% av dem som angett varma bad och vattengympa (54 svar) uppskattar dessa. Bechterew- och fibromyalgigrupperna är mest positiva. Samma sak gällde ultraljud och massage (39 svar). Siffrorna för dessa behandlingsmetoder bekräftar tidigare erfarenheter.

I en ospecificerad grupp med andra metoder (46 svar) har hela 89% uppgivit klar eller någon förbättring. Det

finns skäl att söka vidare i denna grupp för att finna ut vilka metoder som använts, eftersom de uppenbarligen fungerat väl för vissa i alla fall. Siffran visar att många människorna söker och hittar alternativa behandlingsmetoder som hjälper dem.

Kostnader 238 svar

Av dem som använder alternativa behandlingar har mindre än hälften angivit vilka summor de spenderar. Svaren tyder på att medelutgiften per månad är 512 kronor. Hälften av de svarande lägger dock högst ut 300 kr/mån. Medelutgiften blir så hög beroende på att vissa lägger över 1 000 kr/månad.

Det högsta beloppet som någon betalar per månad är 7 500 kr. Tittar man på diagnosgrupperna så spenderar artros- och SLE-grupperna något mindre än snittet, artrit spenderar ungefär snittet och Bechterew- och fibromyalgigrupperna något mer än snittet.

Fria kommentarer

På en del av enkäten fick besvararna själva fritt uttrycka egna åsikter. Kommentarer om de komplementära metoderna inbegrep att de ger effektivare lindring, att man efterfrågar ett samarbete med skolmedicinen, att de komplementära behandlingsmetoderna är framtidens vård, att det är bra med en utvärdering av metoderna så att man inte blir lurad av oseriösa behandlare, men att det är svårt att utvärdera och nå ut med resultaten.

Det framkom även att några är bedrövade över att deras läkare inte

vill diskutera komplementära metoder, utan bara vill dela ut piller och att väntetiderna till reumatologen gör att man själv provar något. Glädjande nog tog några upp motsatsen nämligen att deras läkare var förstående och intresserade. Någon ansåg också att försäkringskassan behandlade komplementärmedicin nedlåtande.

Många beskrev sin önskan att vilja använda olika komplementära behandlingsmetoder, men att kostnaderna håller dem kvar i den traditionella behandlingen mot sin vilja. Man ansåg att en del behandlingar borde innefattas av högkostnadsskyddet och att försäkringskassan borde betala till exempel massage, akupunktur samt hälsohems- och rehabiliteringsvistelser.

Många framförde önskemål till Reumatikertidningen om en lista på seriösa terapeuter, mer information om komplementära metoder, recept på vegetariska maträtter och att terapeuter ska få informera om sina behandlingar och resultat. En önskan om mer vetenskaplig forskning och redovisning av både svenska och utländska erfarenheter framhölls också.

Flest egna kommentarer har kurorter, hälso- och rehabiliteringshem fått. Man har påpekat att de motverkar försämring och ger en lång förbättring och fyller ett stort behov på flera olika sätt. Hur man mår av fasta är av kommentarerna att döma väldigt individuellt, precis som kostkommentarerna visar. Några säger sig bli dramatiskt bra av vegetarisk kost, andra såg ingen förbättring, men de flesta kommentarerna säger att



vegetarisk kost är bra. En del nämnde kosttillskott såsom fiskolja, B12, äppelcidervinäger, antioxidanter, mineraler och vitaminer.

Att motion är en nödvändighet för de flesta reumatikers rörlighet och även för att motverka trötthet kommenterades flitigt. Varm bad och vattengympa tycks vara mest populärt och sedan följer egenträning i form av gymnastik, Friskis o Sveltis, promenader med och utan hund, Qi Gong, Thai Chi och styrketräning. Massage anses ge förbättring och avslappning och har fått många kommentarer. Positivt tänkande, yoga och avslappning som motverkar stress nämns också. Att lindra smärta med hjälp av akupunktur är att döma av enkätens fria kommentarer en uppskattad behandling. Några lade till att akupunktören ska vara välutbildad.

Övriga metoder som endast nämnts av någon enstaka var zonerapi, laser, amalgam- och guldsanering, ultraljud, TNS, värmebehandling, vatteninjektioner, håranalys, THX och tarmsköljning.

Avslutning

Att en så stor del av enkätbesvararna var positiva till akupunktur tyder på att det är värt att göra ytterligare undersökningar om värdet av akupunktur och i vilket syfte den är användbar. Samma sak gäller zonerapi där man också kan ställa sig frågan vad i själva terapin som gör att den upplevs ha så god verkan. Ultraljud anses vara till stor nytta och så även massage. Det finns många olika former av massage och det vore mycket

spännande att få veta mer även i denna fråga.

Vad det gäller bassängbad och vattenträning så finns det studier som påvisat nyttan för en del reumatikergrupper. Hur samma behandling påverkar andra grupper kunde också vara av intresse. I många olika typer av forskningsstudier framkommer också nyttan av olika typer av fysisk träning. I enkäten så har påfallande många talat om friskvård och självträning och hur viktigt detta är för reumatikerna, samtidigt som man påpekat att det gäller att lyssna till kroppens signaler vid varje enskilt tillfälle.

Slutkommentar

Bland Reumatikerförbundets medlemmar diskuteras ofta olika komplementära behandlingsformer. Ofta verkar sökandet efter andra icke skolmedicinska former efterfrågas när man känner en desperation över sin situation. Kanske vill man inte inse att den sjukdom man har är kronisk, kanske har många olika typer av behandlingar inte lett fram till de resultat man önskat. Eller är det kanske så att reumatikerna är vakna för sin situation och på alla möjliga (och omöjliga) sätt vill försöka påverka den och därför söker man alternativa komplement till den vanliga sjukvården, som man därför inte behöver se som en motsats eller fiende.

Även reumatologerna vittnar om att deras patienter blir mer och mer lyhörda för vad marknaden kan erbjuda. Med den öppna attityd som läkarna idag har diskuterar de ofta tillsammans med patienten olika

möjliga behandlingsalternativ, vilket naturligtvis gör att man kan undvika behandlingar som påverkar eller som till och med kan vara farliga för den diagnos man har, eller i kombination med vanliga mediciner mot olika reumatiska sjukdomar.

I enkäten har många åsikter kommit till tals. Man kan konstatera att det är många reumatiker som använder komplementära behandlingsmetoder och många gånger till höga kostnader. Effekterna har oftast upplevts som goda. De resultat som framkommit ger Reumatikerförbundet stöd för fortsatta och mer djupgående utvärderingar av olika behandlingsformer vid flera av de reumatiska sjukdomarna.

Janne Bagge

Utlåtande rörande EG-rättsliga regler och alternativa medicinska behandlingsmetoder

1. Inledning

Läkaren Anders Forneus har ställt frågor till mig angående EG-rättens tillämpning i ett ärende huruvida en alternativ medicinsk behandlingsmetod kan förbjudas med motiveringen att denna metod av svenska tillsynsmyndigheter anses "ovetenskaplig". Därvidlag uppkommer följande rättsfrågor.

1.1. Kan en behandlingsmetod som bygger på undervisning och forskning på akademisk nivå i andra medlemsstater förbjudas i en annan medlemsstat enbart på den grunden att den av nationell myndighet betraktas som "ovetenskaplig"?

1.2. Spelar det därvidlag någon roll att den alternativa behandlingsmetoden inte kan innebära någon hälsofara för de patienter som önskar bli behandlade enligt den alternativa behandlingsmetoden?

1.3. Kan en kontroll över den alternativa behandlingsmetoden anses vara mera ändamålsenlig istället för ett renodlat förbud?

Efter att ha genomgått de handlingar som jag tillställts av dr Forneus och därefter följande överväganden rörande innebörden av EG-domstolens praxis får jag avge följande *rättsutlåtande*:

2. Det nationella förbudet och EG-domstolens praxis

Det är här fråga om tillhandehållandet av tjänster. Det är ställt utom allt tvivel att medicinska tjänster, även här aktuell behandlingsmetod som är officiellt erkänd i EU, omfattas av EU-fördragets regler om fri rörlighet för tjänster (art. 49). EG-domstolens fasta praxis att varje form för restriktion i det fria tjänsteutbytet på den inre marknaden omfattas av fördragets förbud mot sådana restriktioner, alltså inte endast sådana inskränkningar som är av diskriminerande natur (C-353/89 komm. ./ Nederländerna; "Mediawet" [1991] ECR I-4069).

Av inlagor till domstolen och de övriga handlingar som har tillställts mig av dr Forneus framgår också, att den här aktuella alternativa behandlingsmetoden är erkänd och vanligt förekommande i övriga EU och bygger på forskning och undervisning på akademisk nivå. Därvidlag har de nationella svenska myndigheternas beslut en gränsöverskridande verkan enär dr Forneus hindras att utöva behandlingsmetoden i Sverige. Det föreligger således en uppenbar restriktion i det fria tjänsteutbytet till följd av den svenska myndighetens inskränkning av dr Forneus rätt att använda den aktuella alternativa behandlingsmetoden.

Det har därtill framkommit att dr Forneus har genomgått utbildning i den aktuella behandlingsmetoden i annan medlemsstat (bl. a. i Oxford), där metoden är erkänd och etablerad.

Det återstår därför att undersöka i vad mån en medlemsstat i enlighet med EG-rätten kan förbjuda en alternativ behandlingsmetod.

3. *EG-domstolens praxis rörande undantag från förbudet mot inskränkningar i det fria tjänsteutbytet.*

På samma sätt som på varuområdet erkänner EG-domstolen att det finns offentliga regleringsintressen som kan berättiga undantag från den inre marknads princip om fri rörlighet för produkter och produktionsfaktorer. Därvidlag har EG-domstolen fastslagit att samma regleringsintressen som erkänns på varuområdet också skall gälla på området för tjänsteutbytet (se ovan anförda rättsfallet "Mediawet" och förhandsavgörandet C-384/93 Alpine Investment [1995] ECR I -1141). Av EG-domstolens praxis framgår att skyddandet av människors och djurs liv och hälsa intar första rangen av undantagshänsyn (se rättsfallet 104/75 de Peijper [1976] ECR 613).

Det är mot bakgrund av hithörande rättspraxis hos EG-domstolen som frågan om ett berättigat undantag enligt EG-rätten föreligger.

Den första förutsättningen för att undantag skall kunna medges är att en restriktion är nödvändig. I denna förutsättning skall intolkas i vad mån en restriktion är nödvändig för att skydda den allmänna hälsan utifrån erkända vetenskapliga forskningsrön. Som exempel härpå kan nämnas rättsfallet C-473/98 Toolcx Alpha som jag själv plåderade å Kemikalieinspektionens vägnar. Det nationella svenska förbudet mot trikloroetylen kunde godtas enligt EG-rätten. Eftersom tyska internationellt erkända forskningsrön påvisade att det ifrågavarande ämnet kunde medföra njurcancer. Ingen annan regleringsmetod än ett förbud kunde anses eliminera denna risk varvid förbudet också ansågs proportionellt. En medlemsstat är enligt EG-domstolens fasta praxis förpliktade att använda det för handeln minst restriktiva regleringsinstrumentet. Här befanns ett förbud alltså vara proportionellt. Nödvändighet och proportionalitet är alltså de huvudparametrar som man skall bedöma nationella restriktioner utifrån.

Därvidlag kan konstateras att den här aktuella behandlingsmetoden inte har förbjudits på den grunden att den kan förorsaka skada hos patienterna. Någon sådan negativ konsekvens har heller inte åberopats från den nationella tillsynsmyndighetens sida. Det har endast invänts att den aktuella behandlingsmetoden anses ovetenskaplig. En fråga som omedelbart infinner sig är varför sådana ovetenskapliga metoder såsom exempelvis Minifondroppar mot spädbarnskolik, "stärkande" Malvitona, bestående av starkvin samt hypnos kan ordineras av läkare sedan årtionden utan att Socialstyrelsen ingriper.

Mot bakgrund av EG-domstolens praxis som beskrivits ovan föreligger inte någon nödvändighet att förbjuda den här aktuella alternativa behandlingsmetoden på den grunden att detta skulle vara nödvändigt för att skydda den allmänna hälsan. Därmed blir också en proportionalitetsbedömning överflödigt enär nödvändighetsrekvisitet inte är uppfyllt.

Följaktligen har den svenska tillsynsmyndigheten ingen EG-rättslig grund att stödja sig på varför det aktuella förbudet mot den aktuella alternativa behandlingsmetoden skulle vara legitim. Tvärtom kvarstår det faktum att det nationella förbudet är en otillåten inskränkning av det fria utbytet av tjänster inom den gemensamma marknaden.

Eftersom de ifrågavarande medicinska tjänsterna är tillåtna i andra medlemsstater bryter den svenska tillsynsmyndigheten mot den inom den inre marknaden vedertagna principen om

ömsesidigt erkännande. EG-domstolen har funnit att överträdelser av denna allmänt kända och fundamentala principen för den inre marknaden utgör en allvarlig och uppenbar överträdelse av gemenskapsrätten som grundar skadeståndsansvar för den ifrågavarande medlemsstaten (se förhandsavgörandena i mål C-46/93 Brasserie du Pêcheur och Factortame III [1996] ECR I-1029). Frågor om huruvida skadeståndsansvar föreligger går utöver de ställda frågorna varför sådana inte behandlas närmare i det föreliggande uttalandet.

4. Sammanfattning av rättsläget i enlighet med EG-domstolens praxis.

Det föreligger en uppenbar restriktion av det fria tjänsteutbytet enligt den nationella tillsynsmyndighetens beslut mot att få använda den här aktuella alternativa behandlingsmetoden enbart på den grunden att den anses "ovetenskaplig". Härvidlag bör tillika noteras att begreppet "vetenskap och beprövad erfarenhet" inte är närmare definierat i den nationella rätten. Inte heller är det fastslaget vem som har tolkningsföreträde. Möjligheten för godtyckliga bedömningar får sålunda betraktas som stor. Härtill kommer att den nationella myndighetens agerande inte kan berättigas med hänsyn till skyddande av den allmänna hälsan.

Situationen kan liknas vid att en advokat av en svensk domstol skulle förbjudas att tillämpa en rättssociologisk eller kriminologisk metod i sin bevisföring inför en nationell domstol. Tanken ter sig för en jurist som tvivelsutan som något konstigt, eller för att inte säga absurd.

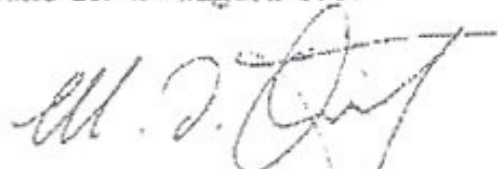
5. Besvarande av de ställda frågorna

1.1: Denna fråga får besvaras nekande enär en medlemsstats myndighet inte allena kan avgöra vad som skall anses vetenskapligt eller inte. Det föreligger således en uppenbar restriktion i det fria tjänsteutbytet till följd av den svenska myndighetens inskränkning av dr Forneus rätt att erbjuda den aktuella alternativa behandlingsmetoden.

1.2: Att den alternativa behandlingsmetoden inte innebär någon hälsofara för patienterna innebär att de EG-rättsliga erkända undantagshänsynen inte kan åberopas av den här aktuella medlemsstatens myndigheter.

1.3: Eftersom rekvisitet nödvändighet inte är uppfyllt behöver inte någon särskild proportionalitetsbedömning göras.

I und den 27 augusti 2009



Carl Michael von Quitzow LL.D.

Jur.dr., Jean Monnet professor i europeisk rätt

ORIGINAL ARTICLE

Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants

LAURA M. KEMPPAINEN¹, TEEMU T. KEMPPAINEN^{1,2}, JUTTA A. REIPPAINEN³,
SUVI T. SALMENNIEMI¹ & PIA H. VUOLANTO⁴

¹Department of Social Research, University of Turku, Finland, ²Department of Social Research, University of Helsinki, Finland, ³Institute of Social and Cultural Anthropology, Free University of Berlin, Germany, and ⁴Faculty of Social Sciences, University of Tampere, Finland

Abstract

Aims: The aim of this research was to study health-related and sociodemographic determinants of the use of different complementary and alternative medicine (CAM) treatments in Europe and differences in CAM use in various European countries. **Methods:** The study was based on a design-based logistic regression analysis of the European Social Survey (ESS), Round 7. We distinguished four CAM modalities: manual therapies, alternative medicinal systems, traditional Asian medical systems and mind-body therapies. **Results:** In total, 25.9% of the general population had used CAM during the last 12 months. Typically, only one CAM treatment had been used, and it was used more often as complementary rather than alternative treatment. The use of CAM varied greatly by country, from 10% in Hungary to almost 40% in Germany. Compared to those in good health, the use of CAM was two to fourfold greater among those with health problems. The health profiles of users of different CAM modalities varied. For example, back or neck pain was associated with all types of CAM, whereas depression was associated only with the use of mind-body therapies. Individuals with difficult to diagnose health conditions were more inclined to utilize CAM, and CAM use was more common among women and those with a higher education. Lower income was associated with the use of mind-body therapies, whereas the other three CAM modalities were associated with higher income. **Conclusions: Help-seeking differed according to the health problem, something that should be acknowledged by clinical professionals to ensure safe care. The findings also point towards possible socioeconomic inequalities in health service use.**

Key Words: Complementary and alternative medicine (CAM), health conditions, health problems, health services, help-seeking, determinants of CAM use, European Social Survey, country-level differences

Introduction

Complementary and alternative medicine (CAM) has become more popular and accepted in Europe [1–4], which reflects trends observed in other western countries [5]. Although this development has been acknowledged in European health policies, the knowledge base for informed policy actions is limited, and further evidence on the prevalence and determinants of CAM use in Europe is required [1,6–7]. Many existing CAM studies suffer from

methodological shortcomings, including inadequate operational definitions, recall bias related to long timeframes of the survey measures and insufficient coverage of European countries [6–10]. Moreover, most studies have reported only unadjusted associations, which neglect potential confounding variables [7]. Consequently, cross-country comparisons of CAM utilization are difficult, and prevalence estimates vary greatly, even in the case

Correspondence: Laura M. Kemppainen, Department of Social Research, University of Turku, Turku, 20014, Finland.
E-mail: laura.kemppainen@utu.fi

Date received 13 February 2017; reviewed 23 August 2017; accepted 29 August 2017

© Author(s) 2017

Reprints and permissions: sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/1403494817733869

journals.sagepub.com/home/sjp



of single countries [7]. Moreover, although there is a considerable body of CAM research in some countries, such as the UK and Germany, there is a lack of evidence of CAM use in many others, especially Eastern European countries [6].

According to a review by Eardley et al. [7], the most frequently used CAM modalities in Europe are herbal medicine, homeopathy, chiropractic, acupuncture and reflexology. Massage was also found to be a widely used CAM treatment [9]. Typically, CAM is used to complement biomedical care [10–11]. With regard to sociodemographics, CAM users are more likely to be female, better educated and middle-aged [7,9,12]. In terms of health determinants, Eardley et al. [7] found that musculoskeletal problems were the most common condition treated with CAM. Reviewing the global CAM literature, Frass et al. [9] reported that back problems, depression, insomnia, severe headaches or migraines and stomach or intestinal illnesses were the most typical conditions associated with CAM.

Some previous studies investigated CAM use for specific health problems or illnesses, such as multiple sclerosis and cancer [13–14]. Menniti-Ippolito et al. [15] found that, in Italy, acupuncture and manipulative therapies were primarily used for alleviating pain, whereas herbal medicine was more often employed to improve quality of life. In contrast, the use of homeopathy was not associated with any specific health problems [15].

In addition to its use in medical conditions, some typical motivations for CAM use are relaxation, improvements in subjective wellbeing, preventive care, a preference for natural care instead of biomedical medicine, a desire for more personalized and holistic care, dissatisfaction with biomedicine and dissatisfaction with the doctor-patient relationship [6–7,16–18]. The heterogeneity of an individual's social network, resulting in exposure to a wide range of information and values, was also found to increase the probability of using CAM [17].

In this study, we examined health-related and sociodemographic determinants of CAM use in Europe and differences in CAM use in individual European countries. We used data from the 2014 European Social Survey (ESS), Round 7, which provides up-to-date and nationally representative information on 21 European countries [19]. This study contributes to the existing literature in several ways. It provides a systematic and comparative depiction of the use of different CAM modalities in Europe. Importantly, our multiple regression approach accounts for confounding variation. We also used a short timeframe (12 months), which helped to manage recall bias associated with longer periods. To the best of our knowledge,

this study is the first to focus simultaneously on a variety of CAM treatment modalities, different health-related problems and European country-level variations, thereby deepening our understanding of CAM use in Europe.

The following research questions were addressed:

1. What is the prevalence of different CAM modalities in Europe? How many CAM users utilize it exclusively, i.e. without biomedical care? (complementary or alternative use)
2. How are different health problems associated with the use of different CAM modalities?
3. What are the sociodemographic determinants for using different CAM therapies? Are there country differences in the prevalence of CAM use?

In practical terms, this study is of help to both medical professionals and CAM providers, as it provides information on the medical conditions for which CAM is most often used. A comprehensive medical history is paramount to quality care, but patients do not always inform healthcare professionals about CAM use [20], which can lead to harmful double treatment or medication. The study also offers information for CAM providers on the medical backgrounds of their clients. They can utilize this information to ensure safe care and assess the need for biomedical care [21]. CAM is an economic and societal issue related to money spent on treatments, the relationship between CAM and public healthcare and inequalities in health service use [6,16,22].

Methods

Data

This study utilized data from the European Social Survey, Round 7 (edition 2.0, 2014), which is a biennial cross-sectional survey project using face-to-face interviews. In the case of the Czech Republic, data on cancer were lacking, and data on other medical conditions in Estonia were missing. Consequently, these countries were excluded from the respective analyses. The data included post-stratification weights to account for the sampling design and address the implications of non-response.

Measures

Using dichotomous survey items, the respondents were asked about their use of different healthcare modalities during the last 12 months. The CAM items were acupuncture, acupressure, Chinese medicine, chiropractic, osteopathy, homeopathy, herbal treatment, hypnotherapy, massage therapy, reflexology and

spiritual healing. The survey also recorded data on the respondents' use of physiotherapy and consultation with a general practitioner or medical specialist.

Our CAM classification draws on the widely accepted approach of the National Institutes of Health (NIH) and National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) [23–24; cf. 25–26], with slight modifications following Fulder [27]. We distinguished four categories of CAM treatments. First, we used the category of **traditional Asian medical systems (TAMS)**, which can be described as 'complete system[s] of theory and practice', having evolved independently from biomedical medicine [25]. In the present study, this category included traditional Chinese medicine, acupuncture and acupressure. Second, drawing on Fulder [27], we constructed an **alternative medicinal systems (AMS)** category, which refers to the intake of substances thought to have healing potential. These systems included homeopathy and herbal treatment. The third category was **manual body-based therapies**, which involve body movements and focus on the structures and systems of the body. This category comprised massage therapy, chiropractic, osteopathy and reflexology. The final category was **mind-body therapies**, which emphasize the role of thought and emotion in healing. This category included hypnotherapy and spiritual healing. We created a dichotomous variable for each CAM category (i.e. used a treatment in a given category during the last 12 months vs not). Some other CAM therapies, such as energy therapies [23–24] and nature cure therapies [27], were not included in the survey data.

Health problems during the last 12 months were indicated with dichotomous items. The items included heart or circulatory problems, high blood pressure, breathing problems, allergies, back or neck pain, upper extremity pain, lower extremity pain, stomach or digestive system problems, skin conditions, severe headaches and diabetes. The item on cancer covered current disease and previous occurrences, and here they were combined in one category. Depression was measured using an eight-item version of the CES-D scale [28]. The items were feelings of depression, everything is an effort, loneliness, happiness, sadness, enjoyment in life, restless sleep and could not get 'going' during the past week. The items were marked on a four-point scale, ranging from 'none' or 'almost none of the time' to 'all' or 'almost all the time'. The sum was dichotomized between 8 and 9, corresponding to the cutoff point used commonly in longer scales [29–30]. Finally, standard sociodemographic control variables included gender, age (categorized), education (International Standard Classification of Education), household's total net income (decile) and country, with Hungary selected as the reference due to its low level of CAM use.

Statistical analysis

Percentages and their confidence intervals as well as logistic regression models were estimated using the Complex Samples module of SPSS 22. In the text, 5% was used as the level of statistical significance. We controlled for the standard sociodemographic factors and country. Also, comorbidity was controlled for by including all the health variables in the models. To retain analytic power, the missing values of the household variable ($n=8296$) were included in the logistic regression models as a separate category. The analyses were conducted using a survey weight variable that combines the post-stratification and country weights, except in those analyses that included country as an analytical variable. In these cases the country was already controlled for and the post-stratification weights were sufficient. The use of mind-body therapies was a relatively rare outcome, but comparing the maximum likelihood results with those from penalized estimation [31], run in R, suggests that the number of events was sufficient and, thus, the ordinary estimates could be relied on.

Results

Descriptive findings

First, we estimated the use of different CAM modalities and compared their use with the use of biomedical treatments (General Practitioner [GP] and Medical Specialist [MS]) and physiotherapy. During the last 12 months, 25.9% (95% confidence interval: 25.1–26.6) of the study population had used CAM, which was around one-third of the proportion of those who had visited a general practitioner (76.3%). Almost half of the population had visited a medical specialist (44.6%), and 16.5% had used physiotherapy. Among those who had used CAM, 69.4% had used only one kind of CAM modality, and 19.9% had used two. Approximately 8% of CAM users had used CAM exclusively (alternative use), without any visits to biomedical professionals in the last 12 months. The rates of alternative use were highest for spiritual healing (14.9%) and acupressure (12.1%), and they were lowest for osteopathy (4.1%), homeopathy (5.6%) and acupuncture (6.3%).

Table I presents the unadjusted weighted estimates for the use of CAM in the surveyed countries, ranging from around 10% in Hungary to approximately 40% in Germany and Switzerland.

The most frequently used CAM treatment was massage therapy, used by 11.9% of the population, followed by homeopathy (5.7%), osteopathy (5.2%), herbal treatments (4.6%), acupuncture (3.6%), chiropractic (2.3%), reflexology (1.7%) and spiritual healing (1.3%). Other modalities (Chinese medicine,

Table I. Used at least one CAM therapy during the last 12 months.

Country	Weighted percentage	Standard error	Unweighted total count
Austria	35.5	1.2	1768
Belgium	24.6	1.1	1760
Czech Rep.	25.0	1.1	2045
Denmark	32.1	1.4	1493
Estonia	35.1	1.2	2030
Finland	35.3	1.2	2081
France	31.2	1.4	1907
Germany	39.5	1.1	3019
Hungary	9.5	0.8	1649
Ireland	19.2	1.0	2261
Israel	15.1	0.8	2491
Lithuania	32.9	1.3	2174
Netherlands	14.1	0.9	1917
Norway	28.8	1.3	1433
Poland	12.9	0.9	1588
Portugal	14.1	1.4	1030
Slovenia	22.7	1.4	1196
Spain	17.2	0.9	1894
Sweden	31.5	1.2	1763
Switzerland	39.4	1.3	1525
UK	20.6	1.0	2234
All countries	26.0	0.3	39258

acupressure and hypnotherapy) were used by around by 1% or less.

Next, we examined the association of CAM use with different health conditions. Of those with no health problems, around 9% had used at least one of the CAM modalities during the last 12 months. CAM was used most among those with skin conditions (38.1%), back or neck pain (38.0%), allergies (36.7%), stomach or digestive system-related problems (35.7%), upper extremity pain (34.7%) and severe headaches (34.1%). In contrast, of those with diabetes, only 23.6% had used CAM. With regard to other health conditions, including cancer and depression, the usage was around 30%.

Figure 1 shows the use of different CAM modalities in relation to various health problems. In the figure, medical conditions are ordered according to increasing use of biomedical care, ranging from 63% in the case of those with no health problems to 99% in diabetes.

Manual therapies were most commonly used, especially among those with back or neck pain. AMS was used most often by those with allergies, stomach and digestive system problems and skin conditions. TAMS and mind-body therapies were used fairly equally for a range of health problems. For problems strongly associated with the use of biomedicine (diabetes, heart or circulatory problems and high blood pressure), the use of CAM therapies was generally lower. However, the use of manual therapies and

AMS was slightly more common among those with heart or circulatory problems. People with no health problems used CAM treatments the least.

CAM and health problems

Comorbidities were also considered, as these could potentially blur the associations between treatment modalities and health problems. Around one-fifth of the population had no health problems, one-fourth had one, and one-fifth had two problems. The remaining one-third had three or more health problems. The following multiple regression results address comorbidity (see Methods section).

Table II reports the adjusted odds ratios (ORs) by health problem for the four CAM categories. With regard to TAMS, back or neck pain was the strongest health determinant of utilization, with an OR of 2.00. Pain in the upper or lower extremities, stomach or digestive system problems, allergies and cancer were other significant predictors of TAMS use. In terms of AMS, 10 health conditions were associated with its use. These were, most importantly, stomach or digestion problems, allergies, breathing problems, back or neck pain, skin conditions, cancer and heart or circulatory problems. Interestingly, individuals with diabetes were clearly not oriented towards AMS (OR: 0.76).

In the case of manual therapies, as expected, back or neck pain as well as pain in the upper and lower extremity were associated with this type of care. The presence of allergies, heart and circulatory problems and stomach and digestive system problems were also significant predictors of the use of manual therapies. Finally, mind-body therapies were commonly used by those with stomach or digestive system problems and those with cancer. It is noteworthy that mind-body care was the only CAM modality associated with depression. The presence of severe headaches, allergies, back or neck pain and upper extremity pain was also associated with the use of mind-body therapies.

Back and neck pain, stomach and digestive system problems, upper extremity pain and allergies were strong predictors of CAM use in all categories. High blood pressure had no independent predictive power in any of the models.

CAM and sociodemographic factors

Table III presents the results of sociodemographic determinants of CAM use and CAM usage in different countries. Women were more likely to use CAM than men. Higher education was related to higher odds of CAM usage in all the CAM categories. In terms of other sociodemographic factors, the results varied

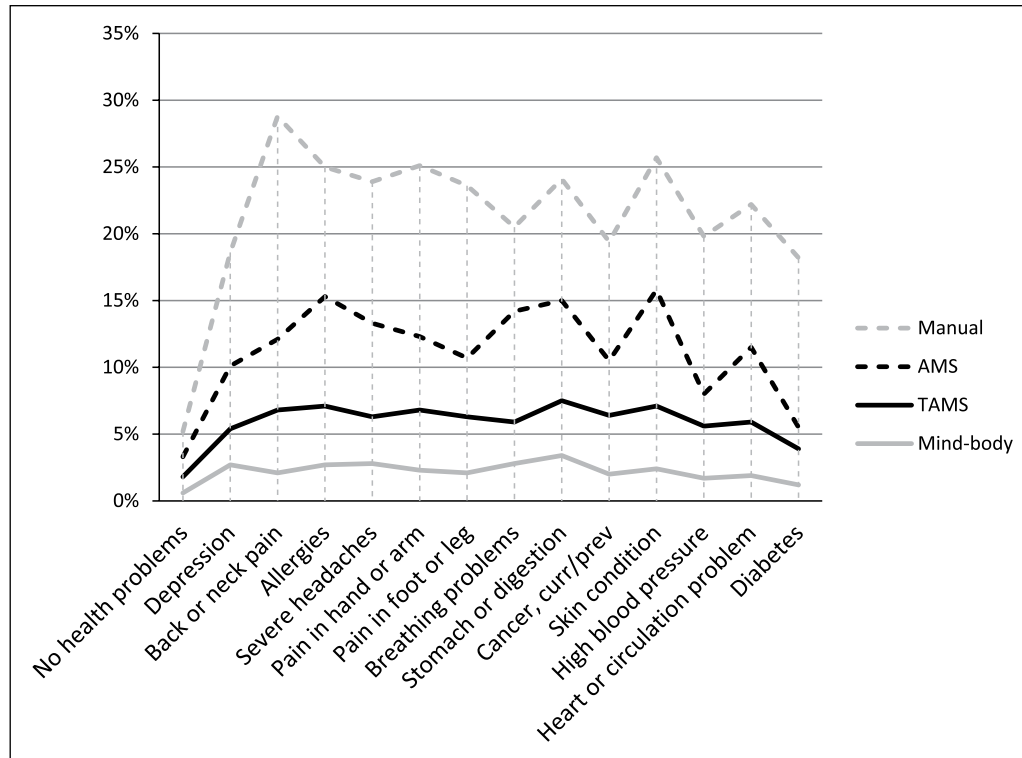


Figure 1. Use of CAM in different health problems (%).

Table II. Health problems and the use of CAM. Design-based logistic regression models.

	TAMS		AMS		Manual		Mind-body					
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI		
Depression	1.04	0.89	1.22	1.05	0.93	1.20	0.97	0.88	1.07	1.37	1.08	1.75
Back or neck pain	2.00	1.76	2.27	1.40	1.26	1.56	3.08	2.86	3.32	1.33	1.07	1.65
Allergies	1.33	1.14	1.56	1.53	1.34	1.75	1.24	1.12	1.37	1.42	1.09	1.84
Severe headaches	1.12	0.96	1.30	1.17	1.03	1.33	1.05	0.95	1.16	1.49	1.19	1.87
Pain in arm or hand	1.38	1.19	1.59	1.24	1.10	1.41	1.28	1.18	1.40	1.33	1.05	1.68
Pain in foot or leg	1.33	1.15	1.54	1.09	0.96	1.24	1.26	1.16	1.38	1.07	0.86	1.34
Cancer	1.24	1.03	1.48	1.31	1.13	1.52	1.09	0.97	1.22	1.62	1.24	2.11
Breathing problems	1.00	0.83	1.22	1.42	1.20	1.67	0.96	0.85	1.09	1.08	0.80	1.47
Stomach or digestion	1.37	1.19	1.57	1.62	1.44	1.83	1.13	1.03	1.23	1.86	1.49	2.32
Skin condition	1.10	0.92	1.31	1.38	1.19	1.60	1.05	0.94	1.18	1.02	0.76	1.35
High blood pressure	1.07	0.91	1.27	0.99	0.86	1.14	1.02	0.92	1.13	1.13	0.85	1.50
Heart or circulation	0.98	0.79	1.22	1.29	1.10	1.51	1.15	1.01	1.30	1.32	0.95	1.83
Diabetes	0.83	0.62	1.10	0.76	0.60	0.98	1.03	0.88	1.21	0.89	0.57	1.40

Note 1: Reference category: no health problems. The *n* in all models: 34,101. Significant at 0.05 in bold.

Note 2: The models account also for gender, age, education, income and country (see Table III).

depending on the type of CAM. Most notably, the oldest and youngest age groups were the least likely to use TAMS and manual therapies, and the oldest group was also less likely to use mind-body therapies.

With regard to income, those with a lower income were more likely to be users of mind-body therapies. In contrast, those with a higher income were more inclined to be users of the other three

CAM modalities (i.e. TAMS, AMS or manual body-based therapies).

In terms of country-level differences, the highest ORs for the use of TAMS were found in Denmark, Switzerland and Israel, followed by Austria, Norway and Sweden. The highest OR for the use of AMS was found in Lithuania, while manual therapies were most commonly used in Finland, Austria, Switzerland,

Table III. Sociodemographic determinants of CAM. Design-based logistic regression models (*n* in all models 34,101). Significant at 0.05 in bold.

	TAMS			AMS			Manual			Mind-body		
	OR	95%	CI	OR	95%	CI	OR	95%	CI	OR	95%	CI
Woman	1.57	1.39	1.77	1.88	1.70	2.09	1.36	1.27	1.45	1.55	1.26	1.91
15–24 years	1.18	0.83	1.67	1.18	0.92	1.52	0.94	0.78	1.14	2.12	1.12	4.00
25–34	1.92	1.40	2.64	1.33	1.04	1.68	1.27	1.07	1.50	2.60	1.42	4.78
35–44	1.95	1.43	2.64	1.25	0.99	1.58	1.31	1.11	1.55	3.62	2.00	6.55
45–54	1.94	1.44	2.62	1.23	0.98	1.55	1.29	1.10	1.53	2.55	1.41	4.60
55–64	1.86	1.39	2.49	1.28	1.03	1.59	1.28	1.09	1.51	2.31	1.33	4.04
65–74	1.83	1.35	2.48	1.16	0.92	1.46	1.07	0.91	1.27	1.37	0.77	2.44
over 75	1.00	.	.	1.00	.	.	1.00	.	.	1.00	.	.
Less than lower secondary (ISCED I)	.49	.36	.66	0.40	0.32	0.52	0.46	0.38	0.55	0.42	0.25	0.71
Lower secondary (II)	.71	.56	.89	0.49	0.41	0.60	0.66	0.58	0.76	0.60	0.40	0.89
Lower tier upper secondary (IIIb)	.76	.62	.92	0.62	0.53	0.74	0.92	0.81	1.03	0.75	0.52	1.08
Upper tier upper secondary (IIIa)	.80	.64	.98	0.68	0.56	0.81	0.79	0.70	0.91	0.72	0.50	1.05
Advanced vocational (IV)	.94	.77	1.14	0.76	0.64	0.90	1.09	0.96	1.23	0.87	0.61	1.23
Lower tertiary, BA (V1)	.93	.76	1.13	0.86	0.72	1.03	1.05	0.92	1.19	1.13	0.81	1.60
Higher tertiary, MA (V2)	1.00	.	.	1.00	.	.	1.00	.	.	1.00	.	.
Income, missing	0.75	0.60	0.95	0.82	0.68	0.99	0.63	0.55	0.72	1.16	0.75	1.82
Income, quintile 1, lowest	0.66	0.53	0.83	0.86	0.71	1.04	0.54	0.47	0.62	1.79	1.22	2.61
Income, quintile 2	0.80	0.65	0.98	0.84	0.70	1.00	0.67	0.59	0.76	1.83	1.27	2.64
Income, quintile 3	.84	.69	1.01	1.05	0.89	1.24	0.76	0.68	0.86	1.51	1.06	2.15
Income, quintile 4	.91	.76	1.10	1.08	0.92	1.27	0.84	0.75	0.94	1.14	0.80	1.64
Income, quintile 5, highest	1.00	.	.	1.00	.	.	1.00	.	.	1.00	.	.
Austria	5.20	3.00	9.00	2.53	1.92	3.35	5.63	4.30	7.38	2.64	0.86	8.11
Belgium	1.56	.86	2.85	1.10	0.81	1.48	2.58	1.96	3.42	6.83	2.47	18.92
Denmark	6.90	3.98	11.94	0.39	0.25	0.59	4.24	3.21	5.61	15.58	5.69	42.64
Finland	3.53	2.03	6.15	0.46	0.32	0.66	5.72	4.37	7.49	5.02	1.79	14.12
France	2.54	1.41	4.59	2.45	1.83	3.27	3.23	2.43	4.30	5.65	1.98	16.14
Germany	3.99	2.31	6.88	1.78	1.35	2.33	4.67	3.60	6.06	5.20	1.89	14.32
Hungary	1.00	.	.	1.00	.	.	1.00	.	.	1.00	.	.
Ireland	4.27	2.45	7.43	0.60	0.42	0.84	3.01	2.26	3.99	16.27	6.01	44.03
Israel	6.13	3.58	10.50	0.55	0.39	0.78	1.94	1.45	2.59	4.56	1.59	13.09
Lithuania	.90	.44	1.81	5.56	4.24	7.28	2.60	1.94	3.50	12.72	4.67	34.67
Netherlands	2.12	1.18	3.82	0.57	0.41	0.79	1.22	0.90	1.65	9.50	3.36	26.90
Norway	5.21	3.00	9.03	0.27	0.17	0.43	3.82	2.88	5.06	11.83	4.33	32.34
Poland	.71	.35	1.47	0.72	0.51	1.01	1.27	0.94	1.72	4.64	1.60	13.47
Portugal	2.31	1.18	4.52	0.62	0.38	1.00	1.18	0.80	1.74	3.89	1.15	13.10
Slovenia	2.34	1.26	4.34	1.85	1.35	2.53	2.31	1.70	3.15	14.72	5.30	40.86
Spain	2.11	1.17	3.79	1.04	0.76	1.43	1.69	1.26	2.28	5.64	1.99	16.04
Sweden	4.49	2.60	7.74	0.30	0.20	0.44	4.12	3.15	5.40	8.83	3.13	24.88
Switzerland	6.37	3.72	10.92	2.08	1.57	2.75	5.14	3.93	6.73	8.11	2.92	22.54
UK	3.22	1.83	5.67	0.71	0.51	1.00	2.19	1.66	2.91	8.56	3.14	23.37

ISCED: International Standard Classification of Education.

Note: The models also account for health problems (see Table II).

Germany and Denmark. Moreover, Denmark, Ireland, Slovenia and Lithuania had the highest ORs for using mind-body therapies. France, Spain and Germany presented a common pattern, with relatively similar use of the different modalities. Poland and Hungary had low ORs for use of the different CAM modalities.

Discussion

The more prevalent CAM use in pain- and allergy-related conditions may reflect their ambiguous and

uncertain character, which may leave patients without a clear understanding of causes and remedies. In these cases, CAM use may function as a coping strategy against this kind of uncertainty [cf. 10]. In contrast with the findings of a previous study [9], people with depression were not the most active CAM users. This may be because finding information and making an informed decision on treatment can be difficult due to hampered agency [cf. 18].

In the present study, the use of CAM varied greatly by country. The variation can be partly explained by

regulations governing the use of CAM and the inclusion of CAM in biomedical practice and health insurance. For example, in Germany and Switzerland, some forms of CAM are covered by insurance [32–33]. In Austria, where CAM use is high, general practitioners receive training in CAM methods [13]. Some country-level differences may also be cultural [10]. For example, in large multicultural countries, such as France and Germany, the use of different CAM modalities is widespread, whereas this is not the case in the more homogeneous Nordic countries. Furthermore, the diffusion of ideas in German-speaking countries may partly explain the higher usage of AMS, including homeopathy, which originated in Germany.

In relation to previous CAM studies, the key strengths of this study stem from the comparable findings on the surveyed European countries, its focus on different CAM modalities and the association of these modalities with different health problems, in addition to the multiple regression approach used to control for confounding variation [6–10]. On the other hand, it is well known that cross-sectional data do not allow for optimal estimation of causal impacts. In addition, the study did not include all known CAM treatment modalities, which may lead to underestimation of CAM usage rates. Furthermore, data were not available on the frequency of CAM use. Thus, it was not possible to distinguish the single use of CAM therapy versus more frequent usage. Finally, country-level differences may exist in what is considered complementary or alternative care.

In conclusion, our study demonstrated that CAM was commonly used for health-related problems in Europe. Hence, CAM should not be viewed as a form of relaxation or preventive care used only by those in good health [cf. 6–7]. CAM was not used as a sole alternative to biomedical care. Instead, it was typically used in a complementary manner. The patterns of help-seeking behaviour differed according to the health-related problem. For example, those suffering from pain conditions turned to a wide range of CAM treatment modalities. On the other hand, AMS especially attracts help-seekers with various medical conditions, which should be taken into account by the providers of these treatments in order to provide safe care. In addition, individuals in a higher socioeconomic position were more likely to turn to a wider range of CAM options than individuals in a lower socioeconomic position. Therefore, those with a higher socioeconomic status were more likely than those with a lower socioeconomic status to find a satisfactory combination of biomedical and complementary therapies. This

finding points towards a possible socioeconomic inequality in health service use.

Author contributions

LMK and TTK have joint first authorship.

Declaration of conflicting interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This research was funded by the Academy of Finland (Project Tracking the Therapeutic) and the Kone Foundation (Projects Crossing Borders for Health and Welfare and Therapeutic Knowledge and Selfhood in a Comparative Perspective). The funders were not involved in the study design, data collection, analysis and interpretation of data, writing of the report or in the decision to submit the article for publication.

References

- [1] Fischer FH, Lewith G, Witt CM, et al. B. High prevalence but limited evidence in complementary and alternative medicine: Guidelines for future research. *BMC Complement Altern Med* 2014; 6: 14–46.
- [2] Ernst E and White A. The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complement Ther Med* 2000; 1: 32–36.
- [3] Härtel U and Volger E. Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland—Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd* 2004; 6: 327–334.
- [4] Ekholm O and Kjoller M. Brugen af alternativ behandling i Danmark. Resultater fra den nationalt repræsentative Sundheds-og sygelighedsundersøgelse 2005. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* 2007; 6: 15–24.
- [5] Clarke T, Black LI, Stussman BJ, et al. Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002–2012. *Natl Health Stat Report* 2015; 79: 1–16.
- [6] Nissen N, Schunder-Tatzber S, Weidenhammer W, et al. What attitudes and needs do citizens in Europe have in relation to complementary and alternative medicine? *Forsch Komplementmed* 2012; 19 Suppl 2: 9–17.
- [7] Eardley S, Bishop FL, Prescott P, et al. A systematic literature review of complementary and alternative medicine prevalence in EU. *Forsch Komplementmed* 2012; 19 Suppl 2: 18–28.
- [8] Linde K, Alscher A, Friedrichs C, et al. Die Verwendung von Naturheilverfahren, komplementären und alternativen Therapien in Deutschland—eine systematische Übersicht bundesweiter Erhebungen. *Forsch Komplementmed* 2014; 2: 111–118.
- [9] Frass M, Strassl RP, Friehs H, et al. Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: A systematic review. *Ochsner J* 2012; 1: 45–56.

- [10] MacArtney JI and Wahlberg A. The problem of complementary and alternative medicine use today: Eyes half closed? *Qual Health Res* 2014; 1: 114–123.
- [11] Shmueli A, Igudin I and Shuval J. Change and stability: Use of complementary and alternative medicine in Israel: 1993, 2000 and 2007. *Eur J Public Health* 2011; 2: 254–259.
- [12] Harris PE, Cooper KL, Relton C, et al. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: A systematic review and update. *Int J Clin Pract* 2012; 10: 924–939.
- [13] Horneber M, Bueschel G, Dennert G, et al. How many cancer patients use complementary and alternative medicine: A systematic review and metaanalysis. *Integr Cancer Ther* 2012; 3: 187–203.
- [14] Skovgaard L, Nicolajsen PH, Pedersen E, et al. Differences between users and non-users of complementary and alternative medicine among people with multiple sclerosis in Denmark: A comparison of descriptive characteristics. *Scand J Public Health* 2013; 5: 492–499.
- [15] Menniti-Ippolito F, Gargiulo L, Bologna E, et al. Use of unconventional medicine in Italy: A nation-wide survey. *Eur J Clin Pharmacol* 2002; 1: 61–64.
- [16] Sointu E. Detraditionalisation, gender and alternative and complementary medicines. *Sociol Health Illn* 2011; 3: 356–71.
- [17] Gale N. The sociology of traditional, complementary and alternative medicine. *Sociol Compass* 2014; 6: 805–822.
- [18] Salamonsen A. Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer or multiple sclerosis: Possible public health implications. *Eur J Public Health* 2016; 2: 225–229.
- [19] European Social Survey. Round 7, edition 2.1. NSD – Norwegian Centre for Research Data, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC 2014. www.europeansocialsurvey.org
- [20] Robinson A and McGrail MR. Disclosure of CAM use to medical practitioners: A review of qualitative and quantitative studies. *Complement Ther Med* 2004; 2–3: 90–98.
- [21] Ayers SL and Kronenfeld JJ. Delays in seeking conventional medical care and complementary and alternative medicine utilization. *Health Serv Res* 2012; 5: 2081–2096.
- [22] Nissen N. Challenging perspectives: Women, complementary and alternative medicine, and social change. *Interface: a journal for and about social movements* 2011; 2: 187–212.
- [23] Wieland LS, Manheimer E and Berman BM. Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane collaboration. *Altern Ther Health Med* 2011; 2: 50–59.
- [24] Koithan M. Introducing complementary and alternative therapies. *J Nurse Pract* 2009; 1: 18–20.
- [25] Tataryn DJ. Paradigms of health and disease: A framework for classifying and understanding complementary and alternative medicine. *J Altern Complement Med* 2002; 6: 877–892.
- [26] Ayers SL and Kronenfeld JJ. Using factor analysis to create complementary and alternative medicine domains: An examination of patterns of use. *Health* 2010; 3: 234–252.
- [27] Fulder S. The basic concepts of alternative medicine and their impact on our views of health. *J Altern Complement Med* 1998; 2: 147–158.
- [28] Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1(3): 385–401.
- [29] APA. Center for Epidemiological Studies – Depression. www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/depression-scale.aspx (accessed 6 January 2017).
- [30] Björgvinsson T, Kertz SJ, Bigda-Peyton JS, et al. Psychometric properties of the CES-D-10 in a psychiatric sample. *Assessment* 2013; 4: 429–436.
- [31] Firth D. Bias reduction of maximum likelihood estimates. *Biometrika* 1993; 1: 27–38.
- [32] Marstedt G and Moebus S. *Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch Institut, 2002, pp. 7.
- [33] Klein SD, Torchetti L, Frei-Erb M, et al. Usage of complementary medicine in Switzerland: Results of the Swiss Health Survey 2012 and development since 2007. *PLoS One* 2015; 10: e0141985.