Handbogsreol 2

Betænkning afgivet
af det af
indenrigsministeriet nedsatte

KIROPRAKTORUDVALG

DET JURIDISKE LABORATORIUM VED KØBENHAVNS UNIVERSITET
ex. 2

BETÆNKNING NR. 560
1970

ISBN 87 503 0925 0

S. L. MØLLERS BOGTRYKKERI, KØBENHAVN

Indholdsfortegnelse

Side

Indledning.
1. Udvalgets nedsættelse, kommissorium og indstilling . . . 9
2. Resumé af udvalgets betænkning . . . 10

Kapitel 1. Begrebet kiropraktik; baggrunden for udvalgets nedsættelse.
1. Begreb, historie . . . 17
2. Den frie ret til at tage syge i kur . . . 18
3. Tidligere behandling af spørgsmålet om kiropraktorers stilling i Danmark. Udvalgets nedsættelse . . . 18

Kapitel II. Kiropraktik, teori og praksis.
1. Den kiropraktiske sygdomslære, begrebet kiropraktik . . . 21
   A. Særlige behandlingsformer for lidelser i bevægelsesorganerne . . . 21
   B. Den kiropraktiske sygdomslæres opståen (den ældre teori) . . . 22
   C. Nyere teori . . . 22
   D. Definition . . . 23
   E. Hvirvelsøjlen og nervesystemet; eksempler på hvirvelbetingede sygdomme . . 23
2. Praksis . . . 24
   A. Undersøgelse af patienter . . . 24
   B. Lidelser, der af kiropraktorer skønnes egnede for kiropraktisk behandling .. 25
   C. Behandling af patienter . . . 27
   D. Hvilke lidelser behandler danske kiropraktorer . . . 28
   E. Forebyggende undersøgelse og behandling . . . 29
   F. Resultater af kiropraktisk behandling . . . 29
      a. Statistisk materiale . . . 29
      b. Den statistiske værdi af de forelagte oplysninger om kiropraktisk behandlings effekt . . . 30
      c. Andet materiale, der er forelagt udvalget med henblik på bevis for kiropraktisk behandlings effekt . . . 30
3. Omfanget af danske kiropraktorers virksomhed . . . 31
4. Danske kiropraktorer . . . 31
   a. Uddannelse . . . 31
   b. Antallet af praktiserende danske kiropraktorer . . . 32
   c. Organisationsforhold . . . 32
   d. Kiropraktorers takster . . . 32

Kapitel III. Danske regler om autorisation af medicinalpersonale samt oplysninger om lægeuddannelsen i Danmark.
1. Autorisation af medicinalpersonale med dansk uddannelse . . . 33
2. Tilladelse for medicinalpersonale med udenlandsk uddannelse til at udøve virksomhed her i landet . . . 33
3. Lægeuddannelsen i Danmark . . . 34

Kapitel IV. Dækning af patienters udgifter til sygebehandling her i landet.
1. Grundlaget for dækning af sådanne udgifter . . . 36
a. Anerkendte sygekasser . . . 36
b. Fortsættelsessygekasser . . . 37
c. Forsorgsloven . . . 37
d. Ulykkesforsikringsloven . . . 37
e. Hjælp ydet af virksomheders syge- og hjælpekasser og af fagforeninger 37
2. Sygekassers og fortsæettelsessygekassers stilling i relation til ydelse af støtte til kiropraktisk behandling uden lægeordination . . . 38
3. Sygekassers og fortsaettelsessygekassers stilling i relation til ydelse af støtte til kiropraktisk behandling efter lægeordination . . . 40
4. Henvendelse af 27. juni 1968 fra De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark til direktoratet for sygekassevæsenet . . . 41

Kapitel V. Retstilstanden i en række fremmede lande.
1. Lovbestemmelser vedrørende kiropraktorers virksomhed . . . 43
2. Lovbestemmelser vedrørende ikke-lægers adgang til at tage syge i kur . . . 44
3. Lovbestemmelser vedrørende autorisation af medicinalpersonale . . . 44

Kapitel VI. Resultatet af udvalgets overvejelser.
I. Kommissoriet . . . 45
II. Flertallets vurdering af kiropraktikken . . . 46
1. Indledning . . . 46
2. Den nyere kiropraktiske teori, sygdomslæren . . . 46
A. Sygdomsårsag . . . 46
B. Sygdomsområdet . . . 49
3. Kiropraktorers uddannelse . . . 52
4. Kiropraktorers virksomhed . . . 58
A. Kiropraktorers undersøgelse af patienter . . . 58
B. Kiropraktorers behandling af patienter . . . 60
5. Sammenligning med retstilstanden i andre lande . . . 61
6. Kiropraktorernes forslag til en autorisationsordning . . . 62
7. Manuel medicin . . . 63
8. Oplysninger over for offentligheden om kiropraktisk behandling . . . 64
9. Synspunkter fremført af »Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme« og flertallets bemærkninger hertil . . . 65
10. Andre muligheder for at anvende den kiropraktiske behandlingsmetode som led i sygdomsbekæmpelse . . . 67
III. Mindretallets vurdering af kiropraktikken . . . 71
1. Indledning . . . 71
2. Teorien . . . 71
A. Sygdomsårsag . . . 71
B. Sygdomsområdet . . . 73
3. Uddannelse . . . 74
4. Kiropraktorvirksomhed . . . 78
A. Undersøgelse . . . 78
B. Kiropraktorbehandling . . . 79

5. Forholdene i andre lande 80
6. Kiropraktorernes forslag 80
7. Manuel medicin 81
8. Oplysninger over for offentligheden om kiropraktisk behandling 82
9. De af »Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme« fremførte synspunkter 82
10. Andre muligheder for at anvende den kiropraktiske behandlingsmetode som led i sygdomsbekæmpelse 82

Bilagsfortegnelse.

Side

I, A: Lov om udøvelse af lægegerning, kapitel VI (kvaksalveri) . . . 84
II, A: Hvirvelsøjlens og nervesystemets opbygning og funktion . . . 85
II, B: Kiropraktorers undersøgelse af patienter . . . 86
II, C: Uddrag af statistisk opgørelse vedrørende kiropraktorbehandlings effekt . . . 88
II, D: Yderligere materiale forelagt udvalget vedrørende kiropraktorbehandlings effekt . . . 92
II, E: Udvalgets undersøgelse af danske kiropraktorers praksisforhold i 1965 . . . 94
II, F: Uddannelse af kiropraktorer . . . 95
Underbilag: Semesterplan for kiropraktoruddannelsen ved National College of Chiropractic (N.C.C.) . . . 102
II, G: Oplysninger vedrørende Dansk Kiropraktor-Forenings love og kollegiale vedtægter . . . 104
II, H: Oplysninger vedrørende danske kiropraktorers takster . . . 105
III, A: Gældende danske regler om autorisation af medicinalpersonale med dansk uddannelse . . . 106
III, B: Gældende danske regler vedrørende tilladelse for medicinalpersonale med udenlandsk uddannelse til at udøve virksomhed her i landet . . . 107
III, C: Lægeuddannelsen i Danmark . . . 109
III, D: Uddrag af »Vejledning og Regler for det lægevidenskabelige studium ved Københavns Universitet« (1967) . . . 112
IV, A: Anerkendte sygekassers ydelse af lægehjælp m.v. . . . 116
IV, B: Syge- og hjælpekasser samt virksomheder, der yder refusion af udgifter til behandling hos kiropraktorer . . . 118
IV, C: Skrivelse af 28. juni 1968 fra socialministeriet til De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark . . . 118
IV, D: Skrivelse af 27. juni 1968 fra De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark til direktoratet for sygekassevæsenet . . . 119
IV, E: Skrivelse af 7. januar 1969 fra indenrigsministeriet til socialministeriet . . . 120
IV, F: Skrivelse af 11. april 1969 fra socialministeriet til De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark . . . 121
IV, G: Cirkulæreskrivelse af 16. april 1969 fra De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark til sygekasserne . . . 121
V, A: Oversigt over retstilstanden i en række fremmede lande . . . 122
A. Oplysninger indhentet gennem udenrigsministeriet suppleret med oplysninger fra det danske socialministerium . . . 122
Norge . . . 122
Sverige . . . 123
Finland . . . 125
Island . . . 125
Storbritannien . . . 126
Frankrig . . . 127
Holland . . . 127
Belgien . . . 127
Forbundsrepublikken Tyskland . . . 128

Østrig . . . 128
Schweiz . . . 129
USA . . . 129
Canada . . . 131
B. Yderligere oplysninger om forhold i udlandet . . . 132
Norge, Sverige og Finland . . . 132
Frankrig . . . 132
Schweiz . . . 132
USA . . . 134
Canada . . . 134
New Zealand . . . 134
Vest-Australien . . . 135
VI, A: Diagnoser fra en kiropraktorpraksis . . . 136
VI, B: Udvalgets brevveksling om røntgenfotografering . . . 140
VI, C: Kiropraktorernes forslag . . . 143
1. Autorisationsordning . . . 143
2. Sygekassestøtte til kiropraktorbehandling . . . 144
VI, D: Nordisk Forening for Manuel Medicin . . . 144
VI, E: Lovbestemmelser om kiropraktik i kanton Neuchâtel, Schweiz . . . 145

Indledning.

1. Udvalgets nedsættelse, kommissorium og indstilling.

Den 26. oktober 1963 nedsatte indenrigsministeriet udvalget med den opgave at foretage en undersøgelse af, hvorvidt og i bekræftende fald på hvilke nærmere betingelser der bør gennemføres en autorisationsordning for personer med uddannelse i kiropraktisk behandling, samt hvorvidt og i bekræftende fald på hvilke nærmere betingelser der bør gives anerkendte sygekasser ret til at yde støtte til deres medlemmers modtagelse af kiropraktisk behandling.

Om baggrunden for udvalgets nedsættelse henvises til redegørelsen i kapitel I.

Udvalget fik følgende sammensætning:

Stiftamtmand *P. H. Lundsteen,* Nykøbing F., formand.

Direktør for apotekervæsenet (daværende kontorchef i indenrigsministeriet) *T. Wedel-Heinen,* udpeget af indenrigsministeriet.

Kontorchef (daværende ekspeditionssekretær) i socialministeriet, *H. Koldby Nielsen,* udpeget af socialministeriet.

Professor (daværende lektor) overlæge, dr. med. *Ove Bøje,* udpeget af sundhedsstyrelsen.

Læge *Charles Jacobsen,* udpeget af sundhedsstyrelsen.

Kontorchef i sundhedsstyrelsen, *A. J. Skovgaard,* udpeget af sundhedsstyrelsen.

Direktør, læge *A. H. Schleisner,* udpeget af Den almindelige danske Lægeforening.

Kiropraktor *Henning Hviid,* udpeget af Dansk Kiropraktor-Forening.

Kiropraktor *J. N. Jørgensen,* udpeget af Dansk Kiropraktor-Forening.

Kiropraktor *C. Thorsen,* udpeget af Dansk Kiropraktor-Forening.

Folketingsmand, viceborgmester *Niels Mørk,* udpeget af De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark.

Der er siden sket følgende ændringer i udvalgets sammensætning:

Den 6. juni 1964 fritog indenrigsministeriet efter anmodning kiropraktor C. Thorsen for hvervet som medlem og udpegede i stedet efter indstilling fra Dansk Kiropraktor-Forening kiropraktor *H. A. Simonsen.*

Den 2. december 1964 fritog indenrigsministeriet efter anmodning folketingsmand, viceborgmester Niels Mørk for hvervet som medlem og udpegede i stedet efter indstilling fra De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark vicekontorchef (daværende ekspeditionssekretær), rådmand *Rudy Schrøder.*

Endelig fritog indenrigsministeriet den 29. december 1964 efter socialministeriets indstilling daværende ekspeditionssekretær H. Koldby Nielsen fra hvervet som medlem og udpegede i stedet kontorchef (daværende ekspeditionssekretær) *Arne Vejlby.*

Som sekretær for udvalget har fungeret fuldmægtig (daværende sekretær) i indenrigsministeriet *Johan Erichsen.*

Der har været afholdt 43 plenarmøder samt en række gruppemøder. Udvalget har fået forevist 2 film om hvirvelsøjlens og bækkenets funktion, udarbejdet af den schweiziske kiropraktor F. W. H. Illi, samt lysbilleder vedrørende kiropraktikkens grundlag og en film vedrørende kiropraktorpraksis udarbejdet af 2 af udvalgets kiropraktormedlemmer, Hviid og Jørgensen. Udvalget har beset en kiropraktors virksomhed.

Med henblik på at få et indtryk af, i hvilket omfang befolkningen søger kiropraktorers hjælp, har udvalget foretaget en undersøgelse af praksisforholdene i 1965 for de Dansk Kiropraktor-Forening tilsluttede kiropraktorer.

Foreningen har på udvalgets anmodning i 1964 foretaget en undersøgelse af medlemmernes takster.

Endvidere har udvalget indhentet statistisk bistand hos to medarbejdere i Statistisk Departement (nu Danmarks Statistik) kontorchef (nu afdelingschef) Kjeld Bjerke og lektor P. C. Mathiessen.

Endelig har udvalget i et møde givet formanden for »Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme«, direktør Vilh. Krause, adgang til at fremlægge foreningens synspunkter.

Af det betydelige materiale, der er tilvejebragt under udvalgsarbejdet, har udvalget kun anset det for praktisk at optage en mindre del i selve betænkningen eller som bilag, bl.a. fordi materialet nok i vidt omfang har dannet baggrund for de drøftelser, der har fundet sted i udvalgets talrige og lange møder, men kun i begrænset omfang har været egnet som bilagsmateriale til belysning af medlemmernes synspunkter. Af betydning, ikke mindst for de af udvalgets medlemmer, der hverken er læger eller kiropraktorer, har det været, at drøftelserne i vidt omfang har haft interviewagtig karakter. Den opfattelse, medlemmerne i udvalget er nået til med hensyn til de i vidt omfang uhåndgribelige problemer, har derfor ikke udelukkende kunnet baseres på kendsgerninger, for hvilke egentlig dokumentation er medtaget i betænkningen, men hviler, ikke mindst for de nævnte ikke specielt sagkyndige medlemmers vedkommende, på det helhedsindtryk af kiropraktorers baggrund og virksomhed, som disse medlemmer har dannet sig under drøftelserne.

Resultatet af udvalgets overvejelser forelægges i denne betænkning med tilhørende bilag.

Der er ikke opnået enighed i udvalget.

Et flertal (Lundsteen, Wedel-Heinen, Bøje, Charles Jacobsen, Skovgaard og Schrøder) har ikke kunnet anbefale, at der af det offentlige gennemføres en autorisationsordning for personer med uddannelse i kiropraktisk behandling, men anbefaler, at anerkendte sygekasser og fortsættelsessygekasser skal være berettigede til i nærmere angivet omfang at yde støtte til kiropraktisk behandling, såfremt sådan behandling efter en læges ordination er ydet af en kiropraktor, der er medlem af Dansk Kiropraktor-Forening. Det forudsættes, at den adgang kiropraktorer i dag - som andre personer - har til selvstændigt, d.v.s. uden at en læges ordination er påkrævet, at tage patienter i kur, indtil videre bevares, men således, at det ikke tillades anerkendte sygekasser eller fortsættelsessygekasser at yde støtte til deres medlemmers modtagelse af sådan ikke-lægeordineret kiropraktisk behandling.

Et mindretal (Vejlby) tiltræder flertallets indstilling med den afvigelse, at han under hensyn til den stilling, der ved sygeforsikringsloven er tillagt fortsættelsessygekasserne, ikke finder, at der bør stilles krav om lægeordination som betingelse for støtte fra fortsættelsessygekasserne for disses egen regning til kiropraktisk behandling.

Et andet mindretal (Schleisner) er enig med flertallet i, at der ikke er tilstrækkeligt grundlag for at meddele kiropraktorer offentlig autorisation til selvstændigt at tage syge i kur, uanset om kiropraktorers praksisområde afgrænses som af kiropraktorerne foreslået.

Schleisner er endvidere enig i, at det bør sikres, at anerkendte sygekassers og fortsættelsessygekassers medlemmer opnår ligestilling for så vidt angår muligheden for støtte til kiropraktisk behandling. Han er endelig enig i, at støtte til behandling hos kiropraktorer må forudsætte lægeordination af sådan behandling, men tager principielt afstand fra, at der indføres en ordning, der indebærer mulighed for ydelse af støtte til behandling hos kiropraktorer, der bevarer deres almindelige ret (efter lægeloven) til at tage syge i kur. Kiropraktorer bør ligestilles med terapiassistenter.

Det nævnte flertal og de nævnte mindretal har i det væsentlige sammenfaldende opfattelser og vil i det følgende blive betegnet som »Flertallet«.

Et mindretal (Hviid, Jørgensen og Simonsen) anbefaler, at der gennemføres en ordning, hvorefter medlemmer af Dansk Kiropraktor-Forening autoriseres af det offentlige til selvstændigt - d.v.s. uden at en læges ordination er påkrævet - at tage patienter i kur med den virkning, at sygekasser og fortsættelsessygekasser bliver berettigede til at yde støtte til kiropraktisk undersøgelse og behandling i nærmere angivet omfang.

Som betingelse for opnåelse af autorisation foreslås, at kiropraktorer efter endt uddannelse skal gennemgå 12 måneders praktisk klinisk assistenttjeneste hos en praktiserende kiropraktor efterfulgt af en dansk tiliægsprøve.

2. Resumé af udvalgets betænkning.

I *kapitel I* gives en kort orientering om kiropraktik. Det fastslås, at dansk ret ikke indeholder særlige regler om kiropraktorer og deres

virksomhed, men at enhver person - altså også en kiropraktor - har ret til at tage syge i kur, dog med visse i lægeloven indeholdte begrænsninger. Baggrunden for udvalgets nedsættelse omtales.

I *kapitel II* redegøres for nyere kiropraktisk teori, hvorefter unormale tilstande i og omkring hvirvelsøjlen og bækkenet *kan* forårsage sygdomme eller sygdomssymptomer såvel i den pågældende lokalitet og dennes umiddelbare omgivelser som i stort set alle dele af den menneskelige organisme som følge af en af den unormale tilstand fremkaldt forstyrrelse af normal nervefunktion i den del af nervesystemet, der er placeret i og har forgreninger fra hvirvelsøjlen og bækkenet.

Det anses af kiropraktorer for godtgjort, at en korrekt udført behandling med håndgreb af det rette sted på hvirvelsøjlen og bækkenet kan helbrede eller lindre sygdomme eller sygdomssymptomer, som er forårsaget af unormale fysiologiske tilstande i hvirvelsøjlens og bækkenets bevægelsesapparat, uanset om de pågældende sygdomme eller sygdomssymptomer giver sig til kende i eller uden for hvirvelsøjlen eller bækkenet.

Kiropraktorers anamneseoptagelse (patientens sygehistorie) og deres kliniske undersøgelse af patienter afviger i princippet ikke meget fra lægers, men kiropraktorer lægger afgørende vægt på at undersøge ryggen, bl.a. ved røntgenfotografering.

Der redegøres endvidere for lidelser, der af kiropraktorer skønnes egnede for kiropraktisk behandling, og den særlige kiropraktiske behandling - anvendelse af håndgreb - omtales tilligemed forskellige supplerende behandlingsformer.

Det omtales, hvilke typer af lidelser danske kiropraktorer behandler. De tilvejebragte oplysninger om resultater af kiropraktisk behandling kommenteres. *Udvalget* er, efter at have forelagt de danske oplysninger for statistisk sagkyndige, af den opfattelse, at disse oplysninger ikke kan indgå i udvalgets overvejelser som bevis for kiropraktisk behandlings effekt, bl.a. fordi der savnes et kontrolmateriale. Af samme årsag kan *flertallet* ikke acceptere en i udvalget forelagt amerikansk undersøgelse som videnskabeligt bevis for kiropraktisk behandlings effekt. Undersøgelsen omfatter samtlige tilfælde af arbejdsbetingede skader i ryg og hals, som i 1956 blev registreret af den lovpligtige ulykkesforsikring i Florida, og som er behandlet henholdsvis af kiropraktor eller læge. *Mindretallet* (udvalgets kiropraktormedlemmer) er af den opfattelse, at undersøgelsens to materialer tjener som gensidige kontrolgrupper, og at undersøgelsen derfor er statistisk holdbar og kan lægges til grund som bevis for den kiropraktiske behandlings virkning.

Udvalget har undersøgt omfanget af 50 danske kiropraktorers virksomhed med henblik på at danne sig et skøn over, hvilket forhold der er imellem disses virksomhed og den virksomhed, der udøves af ca. 2.200 alment praktiserende læger. Det skønnes, at disse kiropraktorer årligt giver ca. 230.000 behandlinger, og at lægerne giver ca. 16-18 mill, ydelser pr. år.

Endelig redegøres for kiropraktorers uddannelse, der for danske kiropraktorstuderende er 4-årig og foregår ved private (selvejende) kiropraktiske læreanstalter i USA, Canada og England.

Danske kiropraktorers organisation - Dansk Kiropraktor-Forening — og kiropraktorers takster omtales.

I *kapitel III* redegøres for gældende danske regler om offentlig anerkendelse af visse former for virksomhedsudøvelse - og dertil knyttede stillingsbetegnelser - inden for sundhedsvæsenet ved autorisation af bl.a. læger, tandlæger, sygeplejersker m.fl. med dansk uddannelse og ved tilladelse for medicinalpersonale med udenlandsk uddannelse til her i landet at udøve virksomhed inden for deres fag. En forudsætning for, at sådan tilladelse kan meddeles, er, når bortses fra visse særregler, der er aftalt mellem de nordiske lande, at de pågældende gennemgår en dansk tillægsuddannelse og består dansk prøve eller eksamen, således at deres samlede uddannelse svarer til dansk uddannelse på det pågældende område.

Endvidere omtales i hovedtræk de gældende bestemmelser vedrørende det lægevidenskabelige studium i Danmark og om lægers videreuddannelse med henblik på selvstændig almen- eller specialpraksis.

I *kapitel IV* behandles gældende danske regler og gældende praksis vedrørende dækning af patienters udgifter til sygebehandling, og der redegøres for den af fortsættelsessygekasserne trufne beslutning om i nærmere angivet omfang at refundere medlemmers udgifter til kiropraktisk behandling hos medlemmer af Dansk Kiropraktor-Forening, uden at henvisning fra en læge til sådan behandling er påkrævet.

Udvalgets flertal - bortset fra Vejlby - finder

ikke, at fortsættelsessygekassernes beslutning er i harmoni med gældende lovgivning. Ganske vist kan fortsættelsessygekasserne ifølge bestemmelsen i sygeforsikringslovens § 65, stk. 3, nr. 2, yde medlemmerne sygehjælp. Imidlertid synes lægelovens § 14, stk. 2, at være til hinder for, at sådan refusion ydes til sygebehandling, der ikke er ordineret af en læge. Såfremt lægehenvisning foreligger, bør der efter flertallets opfattelse kunne ydes refusion i nærmere angivet omfang, men anerkendte sygekasser må da have en tilsvarende ret.

Et medlem (Vejlby) kan henholde sig til socialministeriets skrivelse af 28. juni 1968, hvori det udtales, at ministeriet ikke finder tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at sygeforsikringslovens § 65, stk. 3, nr. 2, er til hinder for fortsættelsessygekassernes beslutning om også at yde hjælp til kiropraktisk behandling.

Et medlem (Schrøder) bemærker til Vejlbys udtalelse, at begrebet sygehjælp i sygeforsikringsloven efter almindelige retsprincipper må fortolkes ens i relation til såvel sygekasser som fortsættelsessygekasser. Såfremt det derfor - som det i dag er tilfældet - ikke tillades sygekasserne at yde hjælp til kiropraktisk behandling, uden at lægehenvisning foreligger, må samme begrænsning gælde for fortsættelsessygekasserne.

Den nuværende eksisterende forskel i mulighederne for de to slags kasser for at yde støtte til kiropraktisk behandling bevirker, at godt 90 % af den offentlige sygeforsikrings medlemmer - sygekassernes medlemmer - på dette område er sikret en ringere sygehjælp end fortsættelsessygekassernes medlemmer. Dette forhold virker stødende på retsbevidstheden.

Mindretallet (Hviid, Jørgensen og Simonsen) henholder sig til socialministeriets skrivelse af 28. juni 1968, i hvilken fortsættelsessygekassernes beslutning, uden at lægelovens § 14, stk. 2, omtales, erklæres ikke at stride mod sygeforsikringslovens § 65, stk. 3, nr. 2. Mindretallet finder derfor, at anerkendte sygekasser også må være berettigede til at yde støtte til kiropraktisk behandling, uden at lægehenvisning er fornøden. Det er mindretallets opfattelse, at lægelovens § 14, stk. 2, ikke er til hinder for, at fortsættelsessygekasserne yder støtte til kiropraktisk behandling, uden at lægehenvisning foreligger.

Endelig omtales i kapitel IV socialministeriets skrivelse af 11. april 1969 til De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark, hvori ministeriet udtaler, at man efter omstændighederne ikke skal modsætte sig, at sygekasser som supplerende ydelse efter hovedvedtægtens § 37, stk. 4, uden statstilskud yder hjælp til kiropraktorbehandling efter lægehenvisning.

I *kapitel V* gengives i resumé oplysninger om retstilstanden i en række fremmede lande, bl.a. om kiropraktorers retsstilling, som udvalget har indhentet gennem udenrigsministeriet, suppleret med oplysninger fra det danske socialministerium og oplysninger, der i øvrigt er forelagt udvalget.

Af de europæiske lande har kun Schweiz anerkendt kiropraktorers virksomhed ved lovbestemmelser i 14 af 22 kantoner, på lignende måde som også lægers og andet medicinalpersonales forhold er reguleret. Efter de gældende regler refunderes udgifter til kiropraktorbehandling i de pågældende kantoner på lige fod med udgifter til lægebehandling. I USA og Canada har henholdsvis 48 af 50 stater og 7 af 10 provinser indført lovbestemmelser om kiropraktorers virksomhed.

Udgifter til kiropraktisk behandling refunderes ikke af sygeforsikringsordninger i de europæiske lande, om hvis forhold udvalget har indhentet oplysninger, bortset fra Schweiz. I USA kan det offentlige på forskellig måde inden for forsorgslovgivningen yde refusion af udgifter til behandling hos kiropraktorer. Sådan støtte kan også ydes inden for den lovpligtige ulykkesforsikringsordning i 44 stater.

For så vidt angår retten til at tage syge i kur gælder i Norge, Sverige og Finland, at denne ret principielt — som her i landet — tilkommer enhver. I de fleste andre lande, hvorfra oplysninger er indhentet, forudsætter denne ret for andre end personer med lægevidenskabelig eksamen en særlig tilladelse, og i visse lande er det forbudt andre end læger at tage syge i kur.

I alle de lande, hvorfra oplysninger er indhentet, er offentlig anerkendelse (autorisation) i større eller mindre omfang en forudsætning for udøvelse af virksomhed som læge, tandlæge m.v., og personer med udenlandsk uddannelse må tage tillægsuddannelse og bestå eksamen eller prøve. Der bortses her fra visse særregler, der er aftalt mellem de nordiske lande.

Kapitel VI indeholder udvalgets bedømmelse af de under udvalgsarbejdet tilvejebragte oplysninger.

Udvalgets flertal - 8 medlemmer - er af den opfattelse, at *den kiropraktiske teori* om formodede sygdomsårsager, der ikke er videnskabeligt underbygget, giver en alt for ensidig

forklaring på sygdommes opståen. Da det - også af kiropraktorer - erkendes, at sygdomme eller sygdomssymptomer kan have anden årsag end unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet, kan det ikke være rigtigt at lægge særlig vægt på unormale forhold i disse organer som mulig årsag til lidelser i stort set alle dele af legemet.

Flertallet må endvidere konstatere, at det i udvalget ikke har været muligt efter sygdommes eller sygdomssymptomers art eller lokalisation at afgrænse det *sygdomsområde,* inden for hvilket kiropraktorer skulle være berettigede til at tage patienter i kur under en eventuel autorisationsordning. Det af kiropraktorerne fremlagte forslag til en sådan afgrænsning er uanvendeligt i forhold til patienter og sygekasser. Det sygdomsområde, som kiropraktorer mener at kunne beherske, og som de faktisk behandler indenfor, er - skønt begrænset i visse henseender, bl.a. af lægelovens bestemmelser - så bredt, at det teoretisk næsten svarer til det område, læger er uddannet til at behandle, og hvortil læger har fået autorisation.

Konsekvensen af en offentlig autorisation af kiropraktorer til selvstændigt at tage patienter i kur ville blive, at kiropraktorer i det væsentlige ligestilles med læger og af patienter opfattes som læger.

En sådan faktisk ligestilling ville skabe usikkerhed hos patienterne om, hvor de skulle henvende sig med deres symptomer, og ville ud fra almindelige sundhedsmæssige overvejelser være uforsvarlig, når henses til den uddannelse, kiropraktorer har gennemgået, og patienters manglende muligheder for at bedømme denne uddannelse.

De udvalget forelagte oplysninger om *kiropraktorers uddannelse* gør det efter flertallets opfattelse berettiget at slutte, at denne uddannelse er betydeligt ringere end den uddannelse, som personer, der her i landet ønsker at opnå ret til selvstændig lægepraksis, skal gennemgå. En afgørende forudsætning for en korrekt behandling af en patient er, at der stilles den rigtige diagnose, d.v.s. at årsagen til et foreliggende symptom konstateres. Netop på dette punkt finder flertallet, at udvalgsarbejdet har afdækket så alvorlige mangler ved kiropraktorers uddannelse, at det ikke kan antages, at disse, der teoretisk mener at kunne påtage sig behandling af et meget stort antal lidelser, har erhvervet den helt fundamentale evne til at kunne stille en korrekt diagnose.

Flertallet har i denne forbindelse særlig heftet sig ved:

at kiropraktorers studietid ikke alene er forholdsvis kortvarig, - og meget kortvarig i forhold til det meget vide sygdomsområde, som kiropraktorer anser sig for kvalificerede til at tage sig af, - men tilmed, for så vidt angår en væsentlig del af tiden, anvendes til opøvning i den specielle teknik, de kiropraktiske håndgreb, og til indlæring af de specielle kiropraktiske teorier,

at kiropraktorer under studiet særlig indstilles på betydningen af unormaliteter i hvirvelsøjlen. Dette skønnes at indebære en risiko for en forudindtagenhed, for så vidt angår sygdomsårsager, hvilket må antages at være til hinder for en forsvarlig vurdering af de af patienter angivne symptomer,

at kiropraktorer enten slet ikke har fået undervisning af læger, eller kun har modtaget undervisning af én eller et par læger, hvis kvalifikationer til at undervise studerende, der uddannes til at virke inden for kiropraktorers meget vide sygdomsområde, er udokumenteret,

at kiropraktorer overhovedet ikke har fået praktisk uddannelse i intern medicin eller kirurgi, endsige teoretisk uddannelse, f.eks. i farmakologi, med andre ord de mest elementære fag i det danske lægestudiums 2. del med dertil hørende kliniske uddannelse,

at kiropraktorer derfor savner de fundamentale forudsætninger for med blot nogenlunde sikkerhed at kunne stille diagnoser og differentialdiagnoser, som bør være en betingelse for en offentlig anerkendelse (autorisation) med hensyn til udøvelsen af en i realiteten generel »tagen syge i kur«, og

at en tillægseksamen for kiropraktorer, for at disse skulle kunne opnå den fornødne kundskabsmæssige baggrund, svarende til det af kiropraktorerne foreslåede praksisområde, skønnes at ville blive så omfangsrig (formentlig en væsentlig del af den teoretiske og kliniske uddannelse, som de lægestuderende gennemgår efter 1. del), at en autorisationsordning bygget på krav om sådan tillægseksamen næppe ville få praktisk betydning.

Udvalgsflertallet finder i øvrigt, at det ville være urimeligt, om der kunne ydes sygekassestøtte til den specielle kiropraktiske behandling uden lægeordination, når det tages i betragtning,

at behandling ved speciallæger ikke berettiger sygekassernes A-medlemmer til sygekassestøtte, medmindre der foreligger lægehenvisning, og at både A- og B-medlemmer er afskåret fra sygekassestøtte til behandling ved terapiassistenter, hvis lægeordination ikke foreligger.

Flertallet er i øvrigt opmærksom på, at man åbenbart selv i USA, til hvis retstilstand kiropraktorerne og »Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme« henviser, er afstået fra konsekvent at indføre refusion fra offentlige forsorgs- og forsikringsinstitutioner af udgifter til kiropraktisk behandling.

Det forekommer endvidere flertallet mindre sandsynligt, at *kiropraktisk behandling* for et så overordentligt stort antal, indbyrdes meget varierende lidelser, som af kiropraktorerne angivet, skulle være den rigtige behandling fremfor anden behandling. Udvalgets flertal må i denne forbindelse understrege, at det ikke kan anerkende, at der under udvalgsarbejdet er ført videnskabeligt bevis for kiropraktisk behandlings effekt, og at det er åbenbart, at helbredelse eller bedring af lidelser, for hvilke der er givet kiropraktisk behandling, kan have anden årsag, f .eks. spontan helbredelse eller bedring.

Af de anførte årsager, herunder særlig det om kiropraktorers uddannelse anførte, kan udvalgets flertal ikke anbefale, at der gennemføres en autorisationsordning, hvorved det offentlige anerkender kiropraktorers ret til selvstændigt - d.v.s. uden forudgående lægeordination - at tage patienter i kur.

Flertallet finder derimod, uanset at læger også er og i stigende omfang kan forventes at ville blive i stand til at kunne give manipulationsbehandling (anvendelse af kiropraktiske og osteopathiske håndgreb), hvor en sådan behandling skønnes indiceret, at det vil være rimeligt, at det offentlige medvirker til, at patienter kan få adgang til sådan behandling i videst muligt omfang, såfremt dette kan ske, uden at patientens helbred udsættes for fare, særlig ved mangelfuld diagnosticering.

Da den kiropraktiske behandling med håndgreb efter flertallets opfattelse er så afgrænset og så indøvet af de kiropraktorer, der er medlemmer af Dansk Kiropraktor-Forening, foreslår flertallet, at sygekasser og fortsættelsessygekasser skal være berettiget til i nærmere angivet omfang at yde økonomisk støtte til kiropraktisk behandling hos sådanne kiropraktorer, under forudsætning af, at behandling gives efter en læges ordination. Forslaget om, at tilskudsberettigende behandling kun kan finde sted hos medlemmer af Dansk Kiropraktor-Forening, vil i et vist omfang sikre, at sygekassers og fortsættelsessygekassers medlemmer behandles hos kvalificerede kiropraktorer og ikke hos behandlere, der uden at have den uddannelse, som foreningens medlemmer har gennemgået, udøver virksomhed under betegnelsen »kiropraktor«.

Flertallet med undtagelse af Schleisner forudsætter, at kiropraktorers almindelige ret til at tage patienter i kur uden en læges ordination indtil videre bibeholdes. Der skal dog ikke være adgang for sygekasser og fortsættelsessygekasser til at yde støtte til sådan behandling[1]).

Schleisner nærer ikke betænkelighed ved en eventuel betalingsordning under forudsætning af, at det udtrykkelig bestemmes, at kiropraktorer - svarende til, hvad der gælder for terapiassistenter - kun må behandle patienter efter en læges ordination, og at de i deres behandling nøje skal rette sig efter lægens anvisninger.

Schleisner finder derimod, at gennemførelsen af en ordning i overensstemmelse med flertallets forslag, hvorefter kiropraktorer bevarer retten til selvstændigt at tage patienter i kur samtidig med, at der gives befolkningen adgang til hel eller delvis godtgørelse af udgifterne ved kiropraktisk behandling under visse betingelser, bl.a. lægehenvisning, vil vanskeliggøre den nødvendige kontrol med de betalingsmæssige forudsætninger for sådan behandling, ligesom det må skønnes at blive meget vanskeligt at etablere en aftale mellem den offentlige sygeforsikring og de lægelige organisationer om lægehenvisning.

Dette medlem vil derfor, såfremt kiropraktorers frie behandlingsret ikke måtte bortfalde ved indførelse af en betalingsordning, foretrække, at der gennemføres en betalingsordning uden krav om lægehenvisning.

Mindretallet (Hviid, Jørgensen og Simonsen) fremhæver, at det sygdomsområde, inden for hvilket kiropraktorer i Danmark praktiserer, er begrænset til kun at omfatte de unormale stillings- og bevægeforhold, som kan forekomme i og omkring hvirvelsøjlens og bækkenets bevægelsesapparat, samt de lidelser af funktionsmæssig art, som kan opstå andre steder i den menneskelige organisme som følge af, at forstyrrelser i hvirvelsøjlen og bækkenet har irriteret de derfra udgående nerver.

Kiropraktorer hævder ikke, at *alle* sygdomme

[1]) Vejlby kan ikke tiltræde dette synspunkt, f.s.v. angår fortsættelsessygekasser.

skulle kunne forårsages af nervemæssige forstyrrelser ved hvirvelsøjlen. Sygdomme, som er fremkaldt af andre årsager, eller som er af medfødt karakter, eller sygelige vævsforandringer, som skyldes langvarig fejlagtig funktion, falder uden for det kiropraktiske sygdomsområde.

Kiropraktorer bestræber sig derfor på, før der tages stilling til, om kiropraktorbehandling i det enkelte tilfælde skal gives, at udelukke sygdomme, som falder uden for det kiropraktiske område. Mindretallet kan derfor ikke anerkende, at den kiropraktiske teori skulle være ensidig, således som flertallet hævder.

Mindretallet foreslår, at der etableres en offentlig autorisationsordning for kiropraktorer til selvstændigt at tage syge i kur, og foreslår samtidig en afgrænsning af virksomhedsområdet i overensstemmelse med den kiropraktiske teori. I denne forbindelse foreslår mindretallet opretholdelse af de i lægelovens § 25 nævnte forbud mod behandling, og foreslår forskellige yderligere begrænsninger i kiropraktorers virksomhedsområde.

Mindretallet konstaterer, at der hermed - specielt sammenholdt med lægers helt ubegrænsede sygdoms- og behandlingsområde - foreligger en så betydelig begrænsning af det kiropraktiske sygdoms- og behandlingsområde, at der ikke vil være nogen mulighed for, at kiropraktorer som følge af gennemførelse af en autorisationsordning bliver ligestillet med læger, eller for, at patienter, sygekasser eller myndigheder skulle kunne forveksle lægers og kiropraktorers virksomhedsområde. Mindretallet henviser til, at erfaringer fra Schweiz bekræfter disse synspunkter.

Mindretallet foreslår, at der udarbejdes en lov, som i overensstemmelse med forslaget fastsætter regler for autorisation af kiropraktorer.

Som videnskabelig begrundelse for den kiropraktiske teori har kiropraktorerne i udvalget refereret til en lang række arbejder af lægevidenskabelige og kiropraktiske forskere. Mindretallet finder ikke, at disse arbejder er blevet imødegået af flertallet med nogen vægt, og må derfor mene, at den kiropraktiske teori er velbegrundet.

Med hensyn til kiropraktoruddannelsen må mindretallet fastholde, at denne er særdeles grundig og omfattende og sætter kiropraktorer i stand til at stille de fornødne diagnoser - og dermed til at udskille tilfælde, hvor kiropraktisk behandling anses for at være udelukket (lægeforbeholdte sygdomme) eller kontraindiceret. Undervisningen er mere koncentreret end den, der gives danske lægestuderende, og målt i undervisningstimer er kiropraktoruddannelsen fuldt så lang som lægeuddannelsen.

I denne forbindelse lægger mindretallet særlig vægt på:

at grunduddannelsen i de prækliniske fag er af samme omfang som den tilsvarende uddannelse af amerikanske læge- og tandlægestuderende og er fuldt sufficient som grundlag for den kliniske del af kiropraktorstudiet,

at den kliniske uddannelse, som har til formål at gøre den kiropraktorstuderende egnet til at stille den rette diagnose, er meget omfattende, og at uddannelsen lægger vægt på at opøve studentens evne til at stille differentialdiagnoser, og

at den praktiske uddannelse er overordentlig grundig med hensyn til instruktion i behandlingsteknik og opøvelse af behandlingsfærdighed, ligesom der under langvarig praktikanttjeneste gives de studerende rig lejlighed til at udføre behandling i praksis.

Mindretallet finder intet grundlag for, at danske patienter skal være ringere stillet end patienter i Schweiz, hvor patienterne i de fleste kantoner uden lægehenvisning har ret til støtte efter sygekasselovgivningen til dækning af udgifter til kiropraktorbehandling, eller patienter i USA, hvor patienterne - da en offentlig sygeforsikringsordning som i Danmark ikke findes - er henvist til private sygeforsikringer, der i de fleste tilfælde ligesom den lovpligtige ulykkesforsikring i vid udstrækning yder refusion af kiropraktorhjælp.

Mindretallet finder i den omtalte statistik vedrørende tilfælde, registreret af den lovpligtige ulykkesforsikring i Florida, holdepunkt for den antagelse, at der for sygekasser og samfundet som helhed vil opnås en ikke ubetydelig økonomisk fordel ved, at der ydes tilskud til kiropraktorbehandling. Forudgående lægekonsultation vil unødigt fordyre den pågældende patientbehandling.

Kiropraktorers evne til at give kiropraktisk behandling (manipulationsbehandling) kan ikke betvivles, medens mindretallet må betragte den kursusvirksomhed, der danner grundlag for danske lægers manipulationsbehandling, som aldeles utilstrækkelig og uforsvarlig kortvarig.

Mindretallet er af den opfattelse, at de erfaringer, der allerede foreligger, tyder på, at

samarbejde kan etableres mellem læger og kiropraktorer på frivillig basis, således at hver især foretager de fornødne undersøgelser, uden at der opstår problemer.

Mindretallet har herefter måttet fastholde sit forslag om etablering af en offentlig autorisationsordning for kiropraktorer til på egen hånd at tage syge i kur og om, at der gives alle sygekasser adgang til at yde økonomisk støtte til deres medlemmers udgifter til kiropraktisk behandling, uden at der fordres henvisning fra en læge som forudsætning herfor.

København i november 1969.

Ove Bøje **Henning Hviid** **Charles Jacobsen**

J. N. Jørgensen **P. H. Lundsteen** **A. II, Schleisner**
formand

Rudi Schrøder **H. A. Simonsen** **A. J. Skovgaard**

Arne Vejlby **T. Wedel-Heinen**

Johan Erichsen
sekretær

KAPITEL I.

Begrebet kiropraktik; baggrunden for udvalgets nedsættelse.

1. Begreb, historie.

Ordet kiropraktik er dannet af græsk cheir, der betyder hånd, og det græske verbum prattå, der betyder gør, virker. Begrebet dækker dels en sygdomslære, dels en behandlingsmetode.

Kiropraktik som sygdomslære bygger på en teori udformet i USA i 1895 af Daniel David Palmer, der var handlende i Davenport, Iowa. Det var Palmers opfattelse, at alle eller et meget stort antal sygdomme skyldes en forskydning af en eller flere hvirvler i hvirvelsøjlen. En sådan forskydning, en subluxation, medførte en forsnævring af kanalerne mellem de indbyrdes forskudte hvirvler med den følge, at den nerve, der var omsluttet af en sådan forsnævret kanal, modtog et tryk, hvilket atter efter Palmers opfattelse bevirkede, at der kunne opstå sygdom i det organ eller de organer, hvortil impulser udgår fra nerven.

Palmers udgangspunkt for denne antagelse var, at det var afgørende for et menneskes sundhed, at hver enkelt del af legemet til stadighed forsynes med »livsenergi«. Han lokaliserede denne til hjernen, hvorfra den via nervesystemet stod i forbindelse med alle legemets celler, og hævdede, at hvis denne forbindelse ved et tryk på en nerve fremkaldt af en hvirvelforskydning blev afbrudt eller irriteret, ville der opstå sygdom i de organer, der som følge heraf ikke længere modtog normale nerveimpulser.

Om der forelå en hvirvelforskydning, kunne konstateres ved undersøgelse af hvirvelsøjlen med hænderne (palpation), og midlet til at ophæve den unormale tilstand var den kiropraktiske behandling, d.v.s. behandling (replacering af hvirvlen) udført med hænderne.

Palmers teori og den deraf afledte praksis var meget vidtgående, idet den gik ud på en formodning om, at de fleste sygdomme stod i forbindelse med uregelmæssigheder i hvirvelsøjlen, og at det derfor var magtpåliggende at finde og behandle sådanne uregelmæssigheder i tillid til, at sygdommen derved blev afhjulpet. At kiropraktisk behandling på denne måde blev anset for en slags universalmiddel mod de fleste sygdomme, har uden tvivl givet anledning til udstrakt skepsis.

Daniel David Palmers søn, B. J. Palmer, fortsatte faderens bestræbelser på at udbrede kiropraktikken, og udviklingen medførte i USA og i Canada oprettelsen af et stort antal læreanstalter til undervisning af personer i kiropraktik. I dag findes 16 kiropraktorskoler, (14 i USA, 1 i Canada og 1 i England) og personer med uddannelse fra skolerne i USA og Canada praktiserer i disse lande og i en del andre lande. I Danmark åbnede den første kiropraktorvirksomhed i 1920, og i dag praktiserer her i landet ca. 60 kiropraktorer, der er medlemmer af Dansk Kiropraktor-Forening.

Den sygdomslære, som i dag normalt danner grundlag for kiropraktorers virksomhed, er ikke så vidtgående som Daniel David Palmers. Det antages nu, - også af danske kiropraktorer - at unormale tilstande i og omkring hvirvelsøjlen *kan* forårsage sygdomme eller sygdomssymptomer ikke blot i den pågældende lokalitet eller i dennes umiddelbare omgivelser, men i stort set alle dele af den menneskelige organisme som følge af, at den normale funktion i den del af nervesystemet, der er placeret i og har forgreninger fra hvirvelsøjlen, forstyrres. Det er derfor vigtigt ved undersøgelse af patienten særligt at være opmærksom på tilstedeværelsen af eventuelle unormaliteter i ryggens struktur og funktion. Det anses af kiropraktorer for godtgjort, at en rigtigt udført behandling (påvirkning) af det rette sted på hvirvelsøjlen i mange tilfælde kan helbrede eller lindre en sygdom, uanset om denne giver sig til kende i eller uden for »rygsøjleregionen«. Det særlige ved den kiropraktiske behandling er anvendelse af det kiroprak-

tiske håndgreb, d.v.s. en ved anvendelse af en bestemt del af hånden mod en bestemt hvirveldel foretagen kort, hurtig bevægelse med det formål at genoprette normal hvirvelfunktion.

I kapitel II gives en mere detaljeret redegørelse for kiropraktikkens teori og praksis.

2. Den frie ret til at tage syge i kur.

Dansk ret indeholder ikke bestemmelser om kiropraktik og kiropraktorer og således ej heller forbud mod, at kiropraktorer tager syge i kur. Udgangspunktet er ifølge dansk ret, at enhver i princippet har ret til at tage syge i kur.

Efter den før 1934 gældende retstilstand var der formelt forbud mod, at andre end læger tog syge i kur. Forordningen af 4. december 1672 bestemte, at alene uddannede læger måtte praktisere, og forordningen af 5. september 1794 hjemlede straf »dersom nogen kvaksalver befindes at tage syge i kur og således at udsætte disse for fare«. Retspraksis har dog opfattet denne bestemmelse således, at strafidømmelse måtte forudsætte, at patientens liv i det konkrete tilfælde er blevet udsat for fare, enten ved forkert behandling eller ved at patienten er unddraget rettidig lægebehandling, jfr. betænkning afgivet af kommissionen angående lægers retsstilling 1931.

I denne retstilstand skete der principielt ikke nogen ændring ved lov om udøvelse af lægegerning af 14. marts 1934, jfr. nu lovbekendtgørelse nr. 236 af 9. august 1955. Bestemmelserne i lovens kapitel VI om »kvaksalveri« er gengivet i bilag I, A. Det fremgår af disse regler, at det i princippet er tilladt enhver at tage syge i kur, men der er fastsat en række begrænsninger for ikke-lægers virksomhed ved sygebehandling, begrænsninger som altså også kiropraktorer er undergivet. Begrænsningerne vedrører den behandlendes personlige forhold, sygdommens eller behandlingsbehovets art og behandlingsmetoder. Overtrædelser af begrænsningerne er sanktioneret ved straf.

Lægeloven forbeholder således betegnelsen »læge« for personer, der har modtaget autorisation som læge (§ 23).

Endvidere indeholder loven forbud mod, at personer, der ikke har autorisation som læge, og som ikke har indfødsret eller har opholdt sig her i landet i 10 år, tager syge i kur uden særlig tilladelse fra indenrigsministeren. Behandling under omrejsen er heller ikke tilladt (§ 26).

Visse sygdomme må kun behandles af læger. Det gælder således veneriske sygdomme i smittefarligt stadium og tuberkulose eller anden smitsom sygdom. Endvidere er det forbudt andre end læger (eller personer med anden lovhjemlet adkomst, f.eks. tandlæger) at foretage operative indgreb, iværksætte fuldstændig eller lokal bedøvelse eller yde fødselshjælp, anvende receptpligtige lægemidler eller radium- og røntgenbehandling og behandling med visse elektriske apparater (§ 25). Anvendelse af apparater til røntgenfotografering og gennemlysning er derimod ikke forbeholdt læger.

Endelig indeholder lovens § 26 et forbud mod reklamering med at tage syge i kur.

Den gældende frie ret til at tage syge i kur begrænses endelig af den vigtige ansvarsregel i lægelovens § 24, der i overensstemmelse med den tidligere retstilstand hjemler straf, såfremt nogen, der ikke har autorisation som læge, tager syge i kur og derved udsætter nogens helbred for påviselig fare eller påfører den pågældende væsentlig skade på legeme eller helbred.

3. Tidligere behandling af spørgsmålet om kiropraktorers stilling i Danmark. Udvalgets nedsættelse.

Spørgsmålet om kiropraktorers retsstilling her i landet har flere gange været rejst overfor myndighederne.

Den kommission, som i 1931 afgav betænkning angående lægers retsstilling, var inde på spørgsmålet om begrænset autorisation i forbindelse med overvejelserne om regler for retten til at tage syge i kur. Det siges i betænkningen, at § 6 i forordningen af 5. september 1794 indeholdt hjemmel hertil, idet den bestemte, at »skulle nogen, som ikke er egentlig læge, have erhvervet sig udmærket kundskab og fortrinlig duelighed i en eller anden enkelt del af lægekunsten eller i at helbrede en eller anden sygdom, da kan han, når han med amtmandens og og physici vidnesbyrd godtgør at besidde fornævnte egenskab, vente, igennem Vort Danske Kancelli at erholde tilladelse til at praktisere, dog blot i det distrikt han boer, og at hans ret til at foreskrive lægemidler indskrænkes til de dele, han har bevist at være kyndig udi.« Bestemmelsen blev imidlertid i en årrække før 1931 ikke anvendt.

Lægelovskommissionens flertal var af den opfattelse, at det for at meddele en offentlig

autorisation til et hverv, der stiller betydelige krav til ansøgerens faglige kunnen, som uafviseligt krav måtte stilles, at den pågældende ved en anerkendt uddannelse havde erhvervet en sådan sagkundskab. Den uddannelse, kiropraktorerne fik på skoler i udlandet, som ikke virkede på egentlig videnskabelig basis, fandtes ikke tilstrækkelig. Hertil kom, at der under hensyn til det store antal uddannede læger ikke skønnedes at være behov for at autorisere andre som led i den egentlige sygdomsbekæmpelse. Kommissionen lagde også vægt på, at personer, der ikke er læger, måtte antages at savne evnen til at stille en diagnose. Ved lov om udøvelse af lægegerning af 14. marts 1934 ophævedes den nævnte bestemmelse i § 6 i forordningen af 5. september 1794.

I 1941 rettede »Landsforeningen Kiropraktisk Patientforening«, der er stiftet i 1924, henvendelse til indenrigsministeriet og arbejds- og socialministeriet. På baggrund af en foretagen indsamling af mere end 100.000 underskrifter anmodede foreningen, nu »Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme«, om, at der måtte blive åbnet adgang for sygekasserne til at godtgøre medlemmernes udgifter til kiropraktisk behandling, og om at der, i første række for at beskytte patienter mod ukyndig behandling, måtte blive udarbejdet regler om autorisation af kiropraktorer.

Til støtte for anmodningen henviste patientforeningen bl.a. til befolkningens angiveligt stærkt stigende benyttelse af kiropraktisk behandling som helbredelsesmiddel og anførte, at det måtte anses for godtgjort, at et langt større antal forskelligartede sygdomme, end det erkendes af lægevidenskaben, står i nøje forbindelse med ryggen og kan påvirkes gennem en speciel behandling af denne. Endelig anførte foreningen, at kiropraktorer i modsætning til læger har en meget omfattende og grundig specialuddannelse i denne behandling.

Henvendelsen blev af indenrigsministeriet i 1941 gennem sundhedsstyrelsen forelagt det lægevidenskabelige fakultet ved Københavns Universitet, der nedsatte et særligt udvalg til behandling af spørgsmålet. Udvalget foretog en omfattende undersøgelse og afgav i 1952 en udtalelse, der blev tiltrådt af fakultetet og sundhedsstyrelsen. Udfra en vurdering af kiropraktorers uddannelse og behandlingsmetode og den kiropraktiske sygdomsteori frarådede udvalget, at der blev givet kiropraktorer nogen form for offentlig autorisation, eller at der blev givet statsanerkendte sygekasser tilladelse til at yde tilskud til dækning af medlemmernes udgifter til kiropraktisk behandling.

Indenrigsministeriet meddelte herefter i 1954 landsforeningen, at ministeriet under hensyn til fakultetsudvalgets erklæring og de foreliggende oplysninger om de her i landet virkende kiropraktorers uddannelse og virksomhed ikke mente at burde søge gennemført en autorisationsordning.

Fakultetsudvalgets betænkning blev offentliggjort i 1959.

Spørgsmålet om sygekassernes muligheder for at yde støtte til kiropraktisk behandling blev af socialministeriet stillet i bero på overvejelser om ændringer i sygeforsikringslovgivningen.

I 1960 forelagde »Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme« spørgsmålet om tilvejebringelse af en autorisationsordning for kiropraktorer og om indførelse af hjemmel for sygekasserne til at refundere medlemmers udgifter til kiropraktisk behandling for det folketingsudvalg, der behandlede et forslag til ændring i lov om den offentlige sygeforsikring og anmodede samtidig indenrigsministeriet om at ville overveje autorisationsspørgsmålet. Det nævnte folketingsudvalg anmodede også indenrigsministeriet om på ny at ville undersøge spørgsmålet, om der kunne gennemføres en autorisationsordning for kiropraktorer, og sagen blev af ministeriet gennem sundhedsstyrelsen på ny forelagt det lægevidenskabelige fakultet ved Københavns Universitet.

Et af fakultetet nedsat udvalg afgav i 1961 en udtalelse, som under henvisning til den tidligere fakultetsbehandling konkluderede i, at udvalget ikke kunne anbefale, at der gives statsanerkendte sygekasser adgang til at refundere udgifter til kiropraktisk behandling, og at man måtte fraråde gennemførelse af en selvstændig autorisationsordning for kiropraktorer. Såfremt det offentlige desuagtet mente at burde etablere en autorisationsordning, måtte en sådan efter udvalgets opfattelse ligge på linie med de for terapiassistenter gældende ordninger og måtte have til forudsætning, at de autoriserede kiropraktorer alene påtog sig behandling efter lægeordination. Endvidere burde deres uddannelse undergives tilsvarende lægelig kontrol, som er gældende for andre terapiassistenter. Fakultetet og sundhedsstyrelsen tiltrådte udvalgets synspunkter.

Fra forskellig side, bl.a. af De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark, blev

imidlertid fremsat ønske om, at der til behandling af disse spørgsmål blev nedsat en alsidig sammensat kommission. Særlig fra kiropraktorside var fremført den kritik mod de tidligere udvalgsbehandlinger, at kiropraktorer ikke havde deltaget i disse. Indenrigsministeriet traf derefter i 1963 beslutning om nedsættelse af nærværende udvalg.

Det samlede udvalg har fundet det rigtigst alene at overveje og tage stilling til de i kommissoriet rejste spørgsmål på grundlag af de oplysninger, som under udvalgsarbejdet er tilvejebragt specielt til dette formål. Udvalget har derfor ikke taget stilling til indholdet af de tidligere undersøgelser eller den kritik, der er blevet fremført mod disse.

KAPITEL II.

Kiropraktik, teori og praksis.

1. Den kiropraktiske sygdomslære, begrebet kiropraktik.

A. Særlige behandlingsformer for lidelser i b evægelsesorganerne.

Man har fra meget gammel tid vidnesbyrd om, at særlige håndgreb eller manipulationer (af latin: manus = hånd) har været anvendt som behandlingsform med henblik på at lindre smertefulde tilstande i bevægelsesorganerne. Såvel inden for lægekunsten som inden for folkemedicinen (kvaksalveri)[1]) har der særlig været tale om behandling af ryggen.

Hippokrates, »lægekunstens fader«, (460—370 f.kr.) lagde megen vægt på kendskab til ryggens forhold. Han anså sådant kendskab for at være af stor betydning for læger og lægestuderende og omtalte i afhandlinger, at forskydninger i rygsøjlens hvirvler kunne være årsag til sygdom. Han har også beskrevet, hvorledes forskudte hvirvler kunne søges bragt på plads ved hjælp af særlige håndgreb anvendt på liggende patient eller ved forskellige former for strækbehandling, eventuelt ved anvendelse af begge behandlingsformer. En forskudt hvirvel kunne også forsøges bragt på plads derved, at en stående person med foden ved hjælp af kroppens tyngde påvirkede hvirvlen ved forsigtige stød. Græske relieffer fra Hippokrates' tid viser eksempler på behandling med håndgreb.

Senere tog stadig flere læger de nævnte behandlingsformer i anvendelse med henblik på at sætte forskudte hvirvler i rygsøjlen på plads, således f.eks. franskmanden Ambroise Paré (1510-1590), der som ydre årsager til hvirvelforskydninger nævner f.eks. fald, hårdt slag eller lang tids arbejde i foroverbøjet stilling. Han anvendte både strækbehandling og håndgreb. Disse behandlingsmetoder, der kan føres tilbage til Hippokrates eller endnu længere tilbage, gik af brug inden for lægekunsten, formentlig i løbet af det 17. århundrede.

Også uden for lægevidenskabens område kendes fra ældre beretninger forskellige eksempler på anvendelse af særlige folkemedicinske behandlingsformer overfor ryglidelser. F.eks. har man anvendt en »trædekur«, hvorunder den behandlende står på eller bevæger sig hen over patientens ryg og ved hjælp af kroppens tyngde påvirker en hvirvel.

Det er en gammel erfaring, at en akut lumbago eller stiv nakke kan svinde lige så hurtigt, som lidelsen er opstået, f.eks. ved en pludselig bevægelse eller et fald. Det kan derfor ikke undre, at man gennem tiderne har fattet interesse for med håndgreb at søge at afhjælpe lidelser, som ikke svandt spontant, og som måtte antages at skyldes en unormal tilstand i ryggen. Således hævdede de såkaldte bonesetters (bone: engelsk: knogle), at årsagen til sygdom var, at en lille knogle eller et led var kommet ud af sin normale stilling, og at helbredelse ville indtræde, når knoglen eller leddet blev sat på plads.

Disse »bonesetters«, af hvilke den mest kendte var Sir Herbert Barker (1869-1950), arbejdede særlig i England og behandlede ryg og ekstremiteter.

I slutningen af forrige århundrede, og nogle år før Palmer fremsatte sine teorier, opstod osteopathien. Andrew T. Still, (1828-1917), der var amerikaner, og som havde studeret medicin - uden dog at tage eksamen -, hævdede, at organismen har særlige kræfter til at bekæmpe sygdomme. Han så årsagen til al sygdom i det forhold, at forskubbede knogler, abnorme ligamenter (ledbånd) eller sammentrukne muskler, særlig i ryggen, udøver et mekanisk tryk på blodårer og nerver, et tryk, som dels fremkalder iskæmi (nedsat blodforsyning) og nekrose (celledød), dels afbryder »livsenergiens passage gennem nerverne«. Still udarbejdede et manipulationssystem, »et håndgrebssystem«, for helbre-

[1]) Lægelovskommissionens betænkning 1931: »Betegnelsen kvaksalver er fra gammel tid dansk lovgivnings udtryk for en person, der uden at have autorisation som læge, tager patienter i kur.«

deise af alle sygdomme. Hans virksomhed medførte oprettelse af læreanstalter i osteopathi. Senere blev undervisningen imidlertid omlagt, således at der blev undervist i medicinske fag, og således at læger deltog i undervisningen, der er tilrettelagt ud fra samme grundsynspunkt som lægeuddannelsen.

Der praktiserer i dag ca. 9.000 osteopather i USA, og osteopather arbejder på 400 hospitaler. De har autorisation på lige fod med læger.

B. Den kiropraktiske sygdomslæres opståen (den ældre teori).

Den kiropraktiske sygdomslæres grundlægger, Daniel David Palmer, udformede i 1895 sin teori om, at alle eller et meget stort antal sygdomme skyldes en forskydning af en eller flere hvirvler i rygsøjlen[2]). En hvirvelforskydning, en subluxation, definerede Palmer således: Den tilstand, der er karakteriseret ved, at en hvirvel har mistet sin normale stilling i forhold til den over- eller underliggende hvirvel eller begge. Tilstanden skal være mindre end en luxation (ledskred), og der skal forekomme nervetryk og forstyrrelse af »impulsstrømmen«. Hermed mente han, at en subluxation medførte en forsnævring af kanalerne mellem de indbyrdes forskudte hvirvler med den følge, at den nerve, der lå i en forsnævret kanal, modtog et tryk, hvilket atter bevirkede, at der ville opstå sygdom i det organ eller de organer, der som følge af subluxationen ikke længere modtog normale nerveimpulser.

Palmers udgangspunkt var, at det for et menneskes sundhed var afgørende, at alle dele af legemet konstant forsynes med »livsenergi«. Denne lokaliserede han til hjernen, hvorfra den gennem nervesystemet stod i forbindelse med alle legemets celler. Blev denne forbindelse ved et tryk på en nerve afbrudt eller irriteret, ville der opstå sygdom.

Palmer var således af den opfattelse, at alle eller næsten alle sygdomme skyldtes unormale tilstande i hvirvelsøjlen, og at en unormal tilstand kunne konstateres ved undersøgelse med hænderne (palpation). Han mente også, at næsten alle sygdomme kunne helbredes eller bedres ved behandling af hvirvelsøjlen med håndgreb, hvorved den unormale tilstand (subluxationen) blev ophævet, trykket på nerven bragt til ophør og dermed normal nerveimpuls genoprettet. Palmer anbefalede også lokal behandling af ekstremitetsled (arme og ben).

I 1897 åbnede han sammen med en sagfører, Carver, den første kiropraktorskole. Carver videreførte senere skolen alene og gik ligesom Palmer også ind for lokal behandling af ekstremitetsled. Som led i - eller supplement til - behandlingen anvendte disse kiropraktorer forskellige former for fysioterapi, diætforskrifter m.v.

Palmers søn, B. J. Palmer, oprettede sin egen kiropraktorskole. Han begrænsede den kiropraktiske behandling til alene at omfatte behandling af hvirvelsøjlen med håndgreb.

I dag praktiserer i USA ca. 22.000 kiropraktorer.

C. Nyere teori.

Daniel David Palmers teori er i dag revideret. Den sygdomslære, der i dag - også her i landet - almindeligvis er grundlaget for kiropraktorers virksomhed, har som udgangspunkt, at unormale tilstande i og omkring hvirvelsøjlen og bækkenet *kan* være årsag til sygdomme eller sygdomssymptomer såvel i den pågældende lokalitet og dennes umiddelbare omgivelser som i stort set alle dele af den menneskelige organisme som følge af, at den normale funktion i den del af nervesystemet, der er placeret i og har forgreninger fra hvirvelsøjlen og bækkenet, forstyrres. Kiropraktorer anser det for godtgjort, at en korrekt udført behandling ved anvendelse af håndgreb på det rette sted på hvirvelsøjlen eller bækkenet i mange tilfælde kan helbrede eller lindre en sygdom, uanset om denne giver sig til kende i eller uden for hvirvelsøjlen (bækkenet) og dennes umiddelbare omgivelser. Kiropraktorerne i udvalget har som noget væsentligt fremhævet, at de sygdomme (= afvigelser fra det normale)[3]), der ifølge denne teori kan opstå ved unormal funktion af hvirvelsøjlen, og som kan afhjælpes ved håndgreb rettet mod hvirvelsøjlen, *begrænser* sig til de funktionsmæssige forandringer, som kan optræde i væv og organer, i hvilke de af rygstrukturerne irriterede nerver har deres endeudbredninger, men ikke omfatter organiske sygelige forandringer, som skyldes længere tids funktionsforstyrrelse eller sygdomsfaktorer af anden art.

Det særlige ved den kiropraktiske behandling er, som det fremgår af det anførte, anvendelse

[2]) I betænkningen anvendes herefter almindeligvis betegnelsen: hvirvelsøjlen.

[3]) Jfr. kapitel VI, III, 2, A.

af de kiropraktiske håndgreb. Mange kiropraktorer behandler ikke kun hvirvelsøjlen og bækkenet kiropraktisk, men giver også lokal behandling af ekstremitetsled, jfr. nedenfor under 2, C. Nogle kiropraktorer tilråder fysioterapeutisk behandling, f.eks. massage, varme- og kuldebehandling. I USA's enkeltstater er det i vidt omfang tilladt kiropraktorer at anvende fysioterapeutisk behandling, og der kendes fra USA eksempler på kiropraktorers anvendelse af elektroterapi og hydroterapi.

Endvidere ordinerer kiropraktorer, hvis de skønner det hensigtsmæssigt, som supplement til behandlingen alt efter omstændighederne forhøjelse af hæl eller sål i fodtøj, støttekorset og gymnastiske øvelser samt giver råd og vejledning med hensyn til patientens holdning, arbejdsstilling m.v. og øvrige livsførelse (diætetik).

D. Definition.

En nærmere redegørelse for kiropraktisk behandling gives i et senere afsnit. Når nogle oplysninger herom er medtaget på dette sted, er det for at anskueliggøre vanskeligheden ved at opstille en kort, rammende definition af kiropraktik.

I USA, hvor kiropraktik er særlig udbredt, finder man ikke i lovgivningen nogen anvendelig vejledning med henblik på opstilling af en definition. Behandling ved kiropraktorer er anerkendt i 48 stater, men hver stat har sin lovgivning på området, der indeholder stærkt varierende definitioner af begrebet kiropraktik, herunder angivelse af, hvilke behandlingsformer en kiropraktor må betjene sig af. Visse staters love begrænser således behandlingen til anvendelse af håndgreb på hvirvelsøjlen. I en enkelt stat (Illinois) er definitionen sålydende: »Behandling af menneskets sygdomme uden brug af medicin og kirurgiske indgreb«.

I Schweiz er kiropraktik anerkendt i 14 af 22 kantoner, og disses love indeholder definitioner af begrebet, således f.eks. i kanton Basel-Stadt: »Undersøgelse og behandling af sådanne smertetilstande og funktionsforstyrrelser, som er betinget af ændringer i eller forskydninger i hvirvelsøjle og bækken.«

En ganske dækkende definition findes i en amerikansk lærebog om kiropraktik (Janse, Houser og Wells: Chiropractic Principles and Technique. Chicago 1947): Læren om sygdomsbehandling ved manipulation (anvendelse af håndgreb) og korrektion af hvirvelsøjlen og andre strukturer samt om anvendelse af andre mekaniske, fysioterapeutiske, diætetiske, hygiejniske og sanitære metoder, som kan henføres til begrebet sundhedens pleje.« Denne definition synes at dække den praksis, der udøves af kiropraktorer i Danmark.

Gyldendals leksikon indeholder følgende definition: »Kiropraktik, en fra USA stammende behandlingsmetode. Kiropraktik går ud på, efter forudgående undersøgelse, at korrigere rygsøjlens led ved særlige håndgreb (manipulation); derved påvirkes nervesystemet og de dermed forbundne organer og legemsdele.«

En definition, som af kiropraktorerne i udvalget anses for fyldestgørende, indeholdes i arbejdsdirektoratets særtryk »Kiropraktor« (1962). »Kiropraktik (græsk cheir = hånd og praktos = udført) er betegnelsen for en metode til sygdomsbekæmpelse, der anser ryggens statiske (stillings- og balancemæssige) og funktionelle forhold for at have afgørende indflydelse på individets helbredstilstand.

Ud fra denne forudsætning går kiropraktorernes arbejde ud på at lokalisere misforhold i og omkring rygsøjlen, at afsløre uheldige ydre påvirkninger af ryggens strukturer, at korrigere de fundne misforhold ved hjælp af kiropraktiske håndgreb (manipulationer) og at fjerne uhensigtsmæssig belastning af ryggen gennem vejledning.«

E. Hvirvelsøjlen og nervesystemet; eksempler på hvirvelbetingede sygdomme.

Til nærmere forståelse af den nyere kiropraktiske teori, hvorefter unormale forhold i og omkring hvirvelsøjlen som følge af irritation af nervetråde kan forårsage sygdomme eller sygdomssymptomer, ikke blot i den pågældende lokalitet og dens umiddelbare omgivelser, men i stort set alle dele af den menneskelige organisme, er det nødvendigt at anføre nogle beskrivelser af anatomiske og fysiologiske forhold, som disse er meddelt udvalget af kiropraktorerne.

Idet der, for så vidt angår enkeltheder i hvirvelsøjlens og nervesystemets opbygning og funktion, henvises til de af kiropraktorerne meddelte oplysninger herom, der er gengivet i *bilag II, A*, omtales i det følgende i hovedtræk de synspunkter, som kiropraktorerne har fremhævet er grundlaget for deres virksomhed.

Kiropraktorerne fremhæver særlig vigtigheden af at betragte hvirvelsøjlen ikke blot som et støtteorgan for hoved, ekstremiteter og indvoldsorganer og som et beskyttende hylster for

rygmarven, men også som et kompliceret fysiologisk organ. En hvilken som helst strukturel eller funktionel ændring i hvirvelsøjlen kan - og vil i mange tilfælde - medføre ændringer i andre dele af organismen, enten i hvirvelsøjlens umiddelbare nærhed eller i andre tilfælde langt derfra. Ændringer, f.eks. en subluxation ét sted på hvirvelsøjlen, vil kunne medføre ændringer i andre af hvirvelsøjlens afsnit som følge af dennes særlige opbygning.

Kiropraktorerne har i udvalget anført, at det for dem er åbenbart, at den komplicerede måde, hvorpå hvirvelsøjlen og de denne omgivende led er opbygget, rummer talrige muligheder for lokale funktionsforstyrrelser af en hvirvel med deraf følgende nerveirritation.

Det centrale i den kiropraktiske teori er følgende:

Ryggens (d.v.s. hvirvelsøjlen med muskler og nervesystem) funktion har en meget nær sammenhæng med funktionen af en væsentlig del af den øvrige menneskelige organisme, og mange sygdomsprocesser må betragtes som udslag af tilstedeværelsen af unormale tilstande i ryggen af statisk eller funktionel art.

Denne opfattelse bygger på, at nervesystemet spiller en helt afgørende rolle for de processer, der foregår i organismen, at nervesystemets funktion er nøje forbundet med hvirvelsøjlen, og at nervesystemet derfor uundgåeligt vil påvirkes af unormaliteter i hvirvelsøjlens statik og dynamik.

Kiropraktorerne har anført en række eksempler på unormaliteter i hvirvelsøjlen, som efter den kiropraktiske teori kan forårsage sygdom. Det understreges af kiropraktorerne, at de enkelte faktorer som sygdomsårsag sjældent eller aldrig optræder »rent«, men sandsynligvis ofte virker sammen.

Som et eksempel på sygdomsårsag nævnes den også af Daniel David Palmer fremsatte teori om »nervetryk« forårsaget af en *hvirvelforskydning,* (subluxation). Den moderne opfattelse er dog langt mere begrænset end Palmers, ikke alene derved at den anerkender andre sygdomsårsager end subluxation, men også derved at sygdomssymptomer i visse dele af hvirvelsøjlen ikke antages at kunne have *nervetryk* som årsag, da anatomiske forhold i de pågældende dele af hvirvelsøjlen udelukker nervetryk, fordi der i hvirvelmellemrummene er så god plads til nerverødderne, at disse ikke ofte udsættes for tryk som følge af en hvirvelforskydning, men blot for *irritation.*

Hvirvelled s fixation anses for at kunne være sygdomsforvoldende. Hvis et eller flere hvirvelled fixeres, låses fast, f.eks. ved lokale muskelspændinger, eller som følge af sygelige processer i ledbrusken eller hvirvelmellemskiverne, kan den eller de fastlåsede hvirvler ikke længere følge hvirvelsøjlens bevægelser, og de muskler, ledbånd og ledkapsler, der forbinder de fastlåsede hvirvler med de ikke-fixerede, udsættes for unormal belastning i form af en fortsat række af overstrækninger. Der opstår derved en irritation, og fra det irriterede væv sendes gennem nervesystemet impulser til de omgivende rygmuskler, som trækker sig sammen, medfører smerter og forstærker fastlåsningen, der mest effektivt brydes med kiropraktisk behandling. Ved forsøg med indsprøjtning af saltvandsopløsning mellem hvirvelsøjlens torntappe (de bagudrettede tappe på hvirvlerne) hævdes det at være bevist, at irritation af vævene i hvirvelsøjlens umiddelbare nærhed er i stand til at udløse symptomer langt fra irritationsstedet, f.eks. smerter der til forveksling ligner »nyrekoliksmerter. «

Som et yderligere eksempel som mulig årsag til sygdom nævnes *muskelspændinger.* Det gøres gældende, at spændinger i den tværstribede muskulatur, som er underkastet viljens herredømme, f.eks. hals-, ryg- og lændemuskler, kan forårsage forøget spænding i den glatte, ikke-viljesbestemte muskulatur i indvoldsorganerne. Såfremt den tværstribede muskulatur ved kiropraktisk behandling bringes til at slappe af, hævdes det, at spændingerne i indvoldsmuskulaturen og symptomer eller sygdomme som tarmspænding, bronchial astma m.m. kan svinde.

2. Praksis.

A. Undersøgelse af patienter.

Kiropraktorerne har i udvalget beskrevet grundlaget for anvendelsen i praksis af den kiropraktiske teori.

Kiropraktorer lægger vægt på at konstatere forekomst af sygdomme og på at undgå behandling af sådanne sygdomme, hvis behandling ifølge lægeloven er *forbeholdt læger,* jfr. kapitel I, eller som er af en sådan art og karakter, at kiropraktisk behandling anses *kontraindiceret,* fordi sådan behandling skønnes at ville kunne volde skade enten direkte eller indirekte, derved at behandling hos kiropraktor kan hindre eller udskyde relevant og påkrævet lægebehandling, eller *ikke-indiceret,* fordi kiroprak-

tisk behandling ikke skønnes at kunne have gunstig effekt på den foreliggende lidelse. Om sådanne omstændigheder foreligger, og om patienten derfor eventuelt henvises til at søge læge, afgøres ved undersøgelse af patienten.

Kiropraktorers undersøgelse af patienter er nærmere beskrevet i *bilag II, B.* Som det fremgår af det deri anførte, indledes undersøgelsen med anamnesen (udspørgen af patienten om sygdomshistorien). Herefter følger den kliniske undersøgelse og, alt efter omstændighederne, neurologisk undersøgelse, laboratorieundersøgelse, den særlige kiropraktiske undersøgelse og røntgenundersøgelse.

Kiropraktorers anamnese og kliniske undersøgelse afviger principielt ikke meget fra den af læger anvendte.

Da de ovenfor under 1 omtalte - og andre - unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet efter den kiropraktiske teori kan forårsage sygdomme eller sygdomssymptomer i stort set alle dele af det menneskelige legeme, anser kiropraktorer det imidlertid for overordentlig vigtigt at have opmærksomheden specielt henledt på ryggens forhold. De undersøger derfor særligt hvirvelsøjlen og bækkenet, bl.a. ved røntgenfotografering. I praksis er de afskåret fra en række undersøgelser af medicinsk og laboratoriemæssig karakter.

B. Lidelser, der af kiropraktorer skønnes egnede for kiropraktisk behandling.

Kiropraktorer lægger som anført vægt på at undgå behandling af sygdomme, hvis behandling er forbeholdt læger, jfr. kapitel I. For sådanne sygdommes vedkommende er kiropraktisk behandling altså udelukket.

Kiropraktorerne har i udvalget gjort gældende, at de patienter, der søger en kiropraktor, overvejende er personer, der har en eller anden lidelse i deres ryg, eller som føler, at foreliggende symptomer på en eller anden måde kan henføres til hvirvelsøjlen. En afgørende forudsætning for at give kiropraktisk behandling er, at der foreligger en unormal tilstand i ryggen, f .eks. en subluxation eller en fixation, og at der foreligger en rimelig forbindelse mellem patientens symptomer og konstaterede unormale forhold i hvirvelsøjlen. For enkelte patienters vedkommende kan det dog være umuligt at konstatere nogen unormalitet, og de kan så kun behandles efter deres symptomer.

Efter at have undersøgt patienten må kiropraktoren afgøre, om der foreligger indikation for kiropraktisk behandling i det foreliggende tilfælde. Kiropraktorers undersøgelse af patienter er som nævnt beskrevet i bilag II, B.

Med udtrykket: hvornår der foreligger indikation for kiropraktisk behandling, menes: i hvilke tilfælde eller i hvilket omfang er kiropraktisk behandling egnet eller motiveret med henblik på at opnå behandlingens formål: at korrigere hvirvelsøjlens eller bækkenpartiets statiske (holdningsmæssige) og dynamiske (funktionelle) fejl for derved at normalisere patientens tilstand så meget, som det er muligt. Der tænkes herved udelukkende på den egentlige kiropraktiske behandling af hvirvelsøjlen ved anvendelse af håndgreb og ikke på lokal behandling af ekstremitetsled eller på de behandlingsformer, kiropraktorer anvender som supplement til behandlingen, f.eks. vejledning i arbejdsstilling, levevis m.v. Såfremt kiropraktisk behandling ikke skønnes egnet, siges der at foreligge kontraindikation.

Kiropraktisk behandling er kontraindiceret i tilfælde, hvor det - uanset om man i og for sig ud fra det teoretiske udgangspunkt må mene, at et foreliggende symptom kan skyldes unormale tilstande i og omkring hvirvelsøjlen - må antages, at kiropraktisk behandling kan volde skade, jfr. lægelovens § 24. Som eksempler har kiropraktorerne i udvalget nævnt tilfælde, hvor ryggens struktur er svækket af sygelige tilstande, f.eks. kræftsvulster, brud, udtalt kalkmangel, akutte betændelsestilstande i led, svære grader af åreforkalkning og ved diskusprolaps (tryk på rygmarven eller nerverødder forårsaget af degeneration af hvirvelmellemskiverne) med pludseligt opståede lammelser.

Endvidere anser kiropraktorer kiropraktisk behandling for at være kontraindiceret i tilfælde, ved hvilke der foreligger risiko for, at patienten unddrages relevant og påkrævet lægebehandling. Som eksempler nævnes infektionssygdomme, sukkersyge, perniciøs anæmi (»ondartet blodmangel«), hjerneblødning, blodprop, forgiftninger og medfødt psykisk defekt samt irreversible sygelige forandringer.

Uanset, at kiropraktorer således for en række lidelser anser kiropraktisk behandling for udelukket eller kontraindiceret, er det overfor udvalget oplyst, at der i visse tilfælde foretages kiropraktisk behandling af en patient, der efter vedkommende kiropraktors skøn eller foreliggende oplysninger foruden en lidelse, for hvilken kiropraktisk behandling er kontraindiceret,

har en anden lidelse, hvis årsag skønnes at kunne ligge i en unormal tilstand i hvirvelsøjlen. Det er som eksempel anført, at en patient, der har sukkersyge, og som eventuelt er, eller af kiropraktoren foreslås undergivet lægebehandling for denne sygdom, samtidig behandles kiropraktisk for en unormal tilstand i hvirvelsøjlen med henblik på at helbrede eller lindre de symptomer, der antages at have deres årsag heri.

Kiropraktorerne har i udvalget givet udtryk for, at de ikke hævder, at lidelser eller symptomer kun kan have eller sandsynligvis kun kan have deres årsag i unormale tilstande i og omkring hvirvelsøjlen. Uanset denne erkendelse anser de dog kiropraktisk behandling for at være egnet, når det skønnes, at årsagen til en foreliggende lidelse er en unormal tilstand i ryggen, og den kiropraktiske behandling derfor, under forudsætning af, at der ikke foreligger kontraindikation for sådan behandling, muligvis kan helbrede eller lindre foreliggende symptomer.

Kiropraktorerne anser det ikke for muligt at anføre, hvilke sygdomme de konkret behandler, fordi den kiropraktiske behandling, når den anvendes mod sygdomstilstande uden for hvirvelsøjlen og bækkenet, ikke anvendes direkte mod de sygelige processer i det symptomgivende væv eller organ, men mod de unormale forhold i og omkring hvirvelsøjle og bækken, som kan være årsag til de pågældende sygdomme.

De tilstande, som kiropraktorer direkte retter deres behandling mod, er derfor forholdsvis få, nemlig forskellige unormale hvirvel- eller hvirvelsøjlebetingede tilstande i relation til
led: subluxation, fixation, adhærence (sammenklæbning) hyperkinesi (for stor bevægelighed), indeklemt menisk, ukomplet diskusprolaps, facetsyndrom (fastlåsning af hvirvelled) og spondylolistese (hvirvelskred);
muskler og sener: hypertoni (forøget spænding) hypotoni (nedsat spænding) og overstrækning;
nerver: mekanisk rodirritation, tryk på nerverod, overstrækning af rodskeder, visse andre former for nerveirritation og almen nervøs spændingstilstand;
blodkar: intra- og extraspinal congestion (blodoverfyldning), intra- og extraspinalt ødem (lymfeoverfyldning), arteria vertebralis syndrom (irritation af en af halshvirvelpulsårerne) neurovasculære kompressionssyndromer (forskellige symptomkomplekser, som skyldes sammentrykning af blodkar og nerver);
hvirvelsøjlens statik og dynamik: holdningsfejl (unormale krumninger af hvirvelsøjlen bagud, forover og til siden) samt bevægelsesforstyrrelser.

Unormale tilstande af den nævnte art kan efter den kiropraktiske opfattelse udløse en række virkninger i væv og organer uden for hvirvelsøjlen, således at der med tiden kan opstå sygelige forandringer af væv og organer, altså egentlige sygdomme, f.eks. lammelse som følge af nerverodskompression eller udvidelse af lungerne som følge af astma. Sådanne sygelige forandringer er som regel ikke tilgængelige for kiropraktorbehandling.

Andre virkninger uden for hvirvelsøjlen, der ikke nødvendigvis behøver at være smertefulde, f.eks. svimmelhed og nedsættelse af hørelsen, er derimod symptomer, som kiropraktorer hævder at kunne behandle.

Der er af kiropraktorerne i udvalget givet en del eksempler på, hvilke sygdomssymptomer kiropraktorer behandler, og det fremgår heraf, at ca. 75 % af patienterne behandles for lidelser i bevægelsesorganerne, medens kun ca. 25 % søger behandling for forskellige former for hovedpine, lidelser i indre organer, kredsløbsforstyrrelser, nervøse lidelser og andre sygdomme.

Som eksempler nævnes lumbago, muskellidelser af forskellig art, bl.a. i halsen, ischias, visse former for nervebetændelse, hovedpine, migræne, posttraumatisk hjernesyndrom (følgetilstand efter hjernerystelse), astma, bronchitis og nervøse tilstande, tarmkatar, høfeber, svimmelhed, herunder Meniére's sygdom, skævnakke, diskusprolaps, menstruationsbesvær, for megen mavesyre og for højt blodtryk.

I USA og Canada er der tilsyneladende videre grænser for de sygdomme, som kiropraktorer må behandle og faktisk behandler. Oplysninger, der foreligger for udvalget, bl.a. i en af National Chiropractic Association i 1959 udgivet oversigt over lovbestemmelser om kiropraktik i de enkelte stater og provinser, tyder herpå. De enkelte lovbestemmelser, der indeholder definitioner af kiropraktik, tager ikke klart stilling til, hvilke sygdomme kiropraktorer må behandle, men omtaler kun, hvilke midler der må anvendes i behandlingen. Lovene i Colorado, Florida, Illinois, Indiana, Kansas, Maryland og New Mexico m.fl. tyder dog på, at der ikke er nogen begrænsning overhovedet for så vidt angår de sygdomme, kiropraktorer lovligt kan behandle, idet der generelt bruges betegnelsen »sygdom« som genstand for kiro-

praktisk behandling. I visse stater i USA kan kiropraktorer fuldt legalt påtage sig fødselshjælp.

Som eksempler på de lidelser, kiropraktorer i USA og Canada behandler kiropraktisk, kan ifølge behandlingsstatistikker, som er forelagt udvalget, nævnes forstoppelse, fordøjelses vanskeligheder, søvnløshed, nyre- og leverlidelser, kvalme, lammelser, lungehindebetændelse og mavelidelser.

Det er oplyst, at der - også af danske kiropraktorer - gives lokal behandling af ekstremitetsled. Om indikation for sådan behandling foreligger, afgøres af kiropraktoren, når patienten er undersøgt. Kiropraktorerne har forklaret, at en lokal irritation, f.eks. i en albue, gennem nervesystemet kan give impulser til centralnervesystemet. Derfra kan reflektoriske impulser forårsage spændingstilstande ved hvirvelsøjlen, og hvis disse tilstande behandles og hæves kiropraktisk, og albuen samtidig undergives manipulationsbehandling, kan bedring indtræde.

C. *Behandling af patienter.*

Såfremt kiropraktoren ved undersøgelse af patienten er nået frem til en diagnose, der indicerer kiropraktorbehandling, analyserer han de kliniske og røntgenologiske fund med henblik på at lokalisere de primære irritationsfaktorer ved hvirvelsøjle eller bækken og tager derefter stilling til, hvilken speciel behandlingsteknik han vil anvende i det foreliggende tilfælde, og hvilke led han vil korrigere. Her omtales udelukkende behandling af ryg og bækken, ikke lokal behandling af ekstremiteter.

Kiropraktorer mener, at den rigtigt udførte behandling med håndgreb af det rigtige sted på hvirvelsøjlen eller bækkenet i mangfoldige tilfælde vil helbrede eller lindre sygdom, der er udløst fra det pågældende område, uanset om denne har givet sig til kende i eller uden for hvirvelsøjlen eller bækkenet, og de anser det gennem deres erfaring for godtgjort, at sådan behandling i meget betydeligt omfang har haft den nævnte gavnlige virkning.

Under forudsætning af, at behandling skønnes virkningsfuld, behandler en kiropraktor således også lidelser i andre organer end hvirvelsøjlen og bækkenet, men erkender, at sådanne lidelser kan have anden årsag end unormale tilstande i disse strukturer, og at symptomerne i så fald ikke kan fjernes ved behandling af »ryggen«.

Det særlige ved den kiropraktiske behandling er anvendelsen af de kiropraktiske håndgreb, d.v.s. en ved anvendelse af en bestemt del af hånden - udvalgt efter håndgrebets art - mod en bestemt del af hvirvlen foretagen, kort, hurtig bevægelse med det formål at genoprette normal hvirvelfunktion[4]).

Kiropraktoren anvender ikke hele håndfladen, men ganske bestemte partier af hånden, der tjener som kontaktpunkter mod hvirvlerne. Som eksempel kan nævnes anvendelse af fingerspidser.

Hvilket kontaktpunkt, kiropraktoren vælger, afhænger af, hvilken behandling han ønsker at give, hvilket led der skal behandles, hvor på hvirvlen kontaktpunktet anbringes, og hvilken retning grebets bevægelseslinie skal have.

De punkter, der benyttes som angrebspunkter på hvirvelsøjle og bækkenparti, varierer efter leddets lokalisation, ledfladernes form, knoglens stillingsmæssige lejring, kurvernes form, behandlingsmetoden, patientens stilling (siddende, bugliggende, rygliggende, sideleje, knælende) og stolens eller lejets udformning.

Som angrebspunkt kan f.eks. vælges et punkt på hvirvellegemet, en torntap, eller forskellige punkter på hoftebenet.

Behandlingen består i, at det valgte kontaktpunkt på hånden anbringes mod et punkt på hovedet, en hvirvel eller en bækkenknogle, hvorefter det pågældende led føres til ydergrænsen for sit bevægelsesområde. Patienten bringes til at slappe af så meget som muligt (f.eks. ved at aflede dennes opmærksomhed), hvorefter hænderne udfører det planlagte greb som en kort, meget hurtig bevægelse i leddets bevægelsesretning, det såkaldte »Dynamic Thrust«.

Der høres herunder som oftest en tydelig og meget karakteristisk lyd fra leddet. Den kan nærmest beskrives som et »knæk« eller »smæk« og må antagelig tilskrives dels brydning af fibrøse adhærencer (sammenklæbninger), dels en øjeblikkelig og kortvarig ophævelse af ledfladernes adhæsion (tilhæftning).

Det er af stor betydning, at behandlingen udføres hurtigt og præcist og under hensyntagen til ledfladernes form og retning. En rigtigt udført behandling vil i almindelighed være ganske smertefri, såfremt patienten kan bringes til at slappe af.

Ved behandlingen søges de unormale til-

[4]) Vedrørende den særlige kiropraktiske behandling henvises iøvrigt til »Chiropractic Principles and Technic« by Janse, Wells and Houser, ed. National College of Chiropractic, Chicago 1947.

stande i hvirvelsøjle og bækkenparti korrigeret med henblik på at normalisere patientens tilstand så meget, som det er muligt.

En akut gene i bevægelsesapparatet, der skyldes et traume som fald, stød eller forløftning, kan ofte afhjælpes ved en enkelt eller ganske få behandlinger, hvorimod svære og langvarige belastningssygdomme med kompensatoriske følgetilstande kræver længere tid og flere behandlinger.

Som supplement til behandlingen finder kiropraktoren ikke sjældent indikation for at ordinere hæl- og/eller sålforhøjelse under den ene eller begge fødder for at modvirke effekten af forskelle i benlængde eller andre unormale statiske og dynamiske forhold, som ikke lader sig varigt korrigere alene ved behandling med håndgreb. Ligeledes som supplement til behandlingen, men undertiden dog også som den egentlige behandling, finder mange kiropraktorer indikation for at give lokal manipulationsbehandling af ekstremitetsled, når disses bevægelsesfunktion er hæmmet.

Det kan endvidere være nødvendigt at ordinere forskellige gymnastiske øvelser for at styrke muskler eller forbedre ledfunktioner og at foreskrive forskellige former for støtteapparater (korset eller skoindlæg) midlertidigt eller permanent for at modvirke svækkelse i muskler eller led. Nogle kiropraktorer tilråder efter omstændighederne fysioterapeutisk behandling, f.eks. massage eller diatermibehandling.

Endvidere er det ofte nødvendigt at råde og vejlede patienten, f.eks. for så vidt angår dennes holdning, arbejdsstilling og brug af redskaber samt vedrørende patientens øvrige livsførelse (væske- og fødeindtagelse, vitaminer, medicinmisbrug, ægteskabelige forhold m.v.).

D. Hvilke lidelser behandler danske kiropraktorer.

Ovenfor under 2. B. er det omtalt, at en række lidelser antages at være uegnede for kiropraktisk behandling, og at kiropraktorerne anser det for umuligt at anføre, hvilke sygdomme de konkret behandler, fordi den kiropraktiske behandling, når den anvendes mod sygdomstilstande uden for hvirvelsøjlen og bækkenet, ikke anvendes direkte mod de sygelige processer i det symptomgivende væv eller organ, men mod de unormale tilstande (lidelser) i og omkring hvirvelsøjle og bækken, som kan være årsag til de pågældende sygdomme. De typer af lidelser, som kiropraktikken direkte retter sig imod, er derfor, som det fremgår af det anførte, faktisk forholdsvis få.

Til belysning af, hvilke typer af lidelser kiropraktorer her i landet behandler, har kiropraktorerne forelagt udvalget nogle statistiske oplysninger om patientbehandlingen i 11 kiropraktorpraksis i tiden 1. oktober 1962-30. september 1963, jfr. *bilag II, C.*

Hos disse 11 kiropraktorer blev i alt 1.118 patienter taget i kur. 62 patienter fuldførte ikke behandlingen, og for 32 patienter er resultatet ikke oplyst. De resterende 1.024 patienter er grupperet således efter diagnoser:

I. *Overvejende muskulære lidelser:*
- Myosis lumbalis (muskelinfiltrationer i lænderegionen) 330
- Myosis cervicalis (muskelgigt eller infiltrationer i nakken) 65
- Myoses variæ (gigt i forskellige ikke specificerede muskler) 78
- Myosis lumbalis med ischias (smertefuld tilstand i benet svarende til nervus ischiadicus' udbredningsområde) 166

639
el. 62,40 *Vo*

II. *Overvejende neurologiske lidelser:*
- Ischias uden myosis lumbalis 25
- Neuritis (nervebetændelse, bortset fra ischias) 9
- Cervicalt rodkompressionssyndrom (smerte- og funktionsforstyrrelse i forsyningsområdet for en halsnerve forårsaget af irritation af og tryk på pågældende nerverods sensoriske, motoriske eller vasomotoriske nervefibre) 59

93
el. 9,08 «/o

III. *Lidelser i led:*
- Arthrosis (slidgigt) og periarthrosis (vævsbetændelse) 30

el. 2,93 «/o

IV. *Forskellige hovedpineformer:*
- Cephalalgia cervicogenica (hovedpine udløst fra halsstrukturer) 83
- Migræne 34
- Posttraumatisk eller postcommotionelt syndrom (følgetilstand efter hjernerystelse) 126

el. 12,30 %

V. *Neurovasculære lidelser:*
Neurovasculært kompressionssyndrom (symptomkomplekser som følge af sammentrykning af kar og nerver til armen: 1: scalenus anticus syndrom, 2: hyperabduktionssyndrom, også kaldet: pectoralis minorsyndrom, 3: costa cervicalis syndrom, 4: costoclaviculært syndrom) 18
el. 1,76 «o

VI. *Lidelser i indre organer:*
Asthma bronchiale 21
Enterocolitis (tarmkatar) 4
25
el. 2,44 %

VII. *Nervøse lidelser* 25
el. 2,44 »o

VIII. *Diverse andre lidelser* 68
el. 6,64 %

Kiropraktorerne gør gældende, at de tilvejebragte oplysninger viser, at de lidelser, der behandles af kiropraktorer, hovedsagelig er lidelser i bevægelsesapparatet, idet lidelser i disse strukturer, grupperne I—III med i alt 762 tilfælde, udgør 74,41 o/o af samtlige behandlede lidelser, medens kun 262 af de behandlede tilfælde, grupperne IV-VIII, svarende til 25,59 o/o af de lidelser, der er behandlet i de 11 kiropraktorpraksis, er forskellige former for hovedpine, lidelser i indre organer, kredsløbsforstyrrelser, nervøse lidelser (ikke sindssygdom) og forskellige andre lidelser.

Denne fordeling af de behandlede lidelser genfindes stort set i et andet og større materiale fra samme tidsrum, der bygger på oplysninger fra 27 kiropraktorer og på et samlet patienttal på 5.760.

E. Forebyggende undersøgelse og behandling.

Det er under udvalgsbehandlingen oplyst, at nogle kiropraktorer anbefaler publikum, uden at der foreligger særlige symptomer på noget unormalt, at henvende sig til kiropraktor for at få undersøgt, om der skulle foreligge unormale forhold i ryggen - og i bekræftende fald at få ryggen bragt i orden. Sådan henvendelse anbefales med regelmæssige mellemrum, på samme måde som mange mennesker regelmæssigt får undersøgt deres tænder hos en tandlæge for at få konstateret og afhjulpet eventuelle defekter.

F. Resultater af kiropraktisk behandling,

a. Statistisk materiale.

Under udvalgsarbejdet er kiropraktorerne anmodet om at ville oplyse, i hvilket omfang der måtte foreligge materiale til bedømmelse af spørgsmålet om kiropraktisk behandlings effekt over for de lidelser, kiropraktorer behandler her i landet. Det er i denne forbindelse ønsket oplyst, om andre faktorer, f.eks. et blot forløb af tid, efter kiropraktorernes opfattelse måtte kunne være årsag til bedring eller helbredelse af lidelser, der er behandlet af kiropraktorer.

Som bevis for den kiropraktiske behandlings effekt over for forskellige lidelser har kiropraktorerne henvist til det ovenfor under D omtalte statistiske materiale vedrørende behandlinger foretaget af 11 kiropraktorer.

Af materialet, der er optaget som bilag II, C, fremgår, at af i alt 1.118 patienter modtog 1.024 patienter 8.550 behandlinger, eller i gennemsnit 8,3 behandlinger pr. patient. Patienterne er grupperet efter diagnoser som ovenfor under afsnit D anført og efter varigheden af de pågældende lidelser fra deres opståen til behandlingens påbegyndelse. Det gennemsnitlige antal behandlinger pr. patient varierer alt efter lidelsens art og varighed.

Det anføres af kiropraktorerne, at 58,9 % af patienterne efter behandlingens afslutning var symptomfri, at 22,2 % havde det meget bedre, medens 11,8 o/o havde det bedre. Den kiropraktiske behandling synes således at have haft gunstig effekt i 92,9 % af samtlige behandlede tilfælde. For 7 o/o af patienterne angives tilstanden at være uforandret, medens forværring angives indtrådt hos 0,1 % af patienterne.

De anførte procenter for helbredelse eller bedring varierer, dels inden for de forskellige lidelser, dels efter lidelsens varighed. Således nås resultatet »symptomfri« kun i 44 o/o af de tilfælde, der har en varighed af 12 måneder og derover, medens antallet af tilfælde, der angives at være blevet meget bedre eller bedre, stiger tilsvarende, således at der selv i tilfælde, der har bestået i lang tid, synes at være mulighed for større eller mindre bedring.

Kiropraktorerne mener, at de forelagte oplysninger beviser kiropraktorbehandlingens gavnlige virkninger. Man erkender dog, at det, således som det er tilfældet inden for andre behandlingsformer, ikke altid er muligt at afgøre, om det er behandlingen, der er årsag til et gunstigt resultat. Andre faktorer kan spille ind.

Imidlertid angives mange af kiropraktorernes patienter, før de søger kiropraktisk hjælp, at have søgt anden behandling uden resultat. Såfremt sådanne patienters tilstand bedres efter kiropraktisk behandling og særlig, såfremt bedringen indtræder hurtigt, anser kiropraktorerne det for at være berettiget at antage, at den kiropraktiske behandling er årsag til bedringen. Kiropraktorerne henviser til, at en i 1947 foretagen Gallup-undersøgelse, »Den danske befolknings indstilling til kiropraktik«, viser, at 83 o/o af de adspurgte, der havde søgt kiropraktorhjælp, forinden havde søgt læge, og at 67 % af disse kiropraktorpatienter angav, at kiropraktorbehandlingen havde medført en bedring af deres tilstand.

Kiropraktorerne mener ikke, at det blotte forløb af tid i sig selv har nogen gunstig virkning på de lidelser, der er typiske i en kiropraktorpraksis. Tværtimod synes de forelagte oplysninger at tyde på, at helbredelsesmulighederne forringes i takt med lidelsens varighed.

Som nævnt ovenfor under D er der også forelagt udvalget oplysninger om diagnoser og behandlinger på et større patientmateriale hidrørende fra 27 kiropraktorpraksis. Dette materiale er imidlertid ikke bearbejdet med henblik på konstatering af opnåede resultater. Da fordelingen af lidelserne og det gennemsnitlige antal behandlinger for dette mere omfattende patientmateriales vedkommende stemmer helt overens med det mindre materiale, der tillige giver oplysninger om behandlingens angivelige effekt, skønner kiropraktorerne, at det er sandsynligt, at der for de patienter, der er omfattet af den større undersøgelse, **har været tilsvarende** gunstig effekt.

b. Den statistiske værdi af de forelagte oplysninger om kiropraktisk behandlings effekt.

Under udvalgets første gennemgang af de af kiropraktorerne forelagte statistiske oplysninger blev der rejst spørgsmål om at søge oplyst, om de statistiske opgørelser kunne anses for at være formelt holdbare ud fra fundamentale statistiske synspunkter, og hvis dette spørgsmål måtte besvares bekræftende, om de slutninger, kiropraktorerne havde draget af det indsamlede materiale, var korrekte.

Udvalget anmodede derfor i skrivelse af 22. marts 1965 det daværende statistiske departement om at ville udpege en eller to kvalificerede statistikere til at fremkomme med en udtalelse om sagen. Det materiale, der ønskedes kommenteret, var det ovenfor omtalte, nemlig dels det materiale, der var baseret på oplysninger om diagnoser, behandlinger og behandlingsresultater indsamlet fra 11 kiropraktorer, jfr. bilag II, C, dels det materiale, der indeholdt oplysninger fra 27 kiropraktorer om diagnoser og foretagne behandlinger, men som ikke indeholdt angivelse af resultater.

Det statistiske departement udpegede 2 medarbejdere, daværende kontorchef Kjeld Bjerke og lektor P. C. Mathiessen, til opgaven, og de pågældende meddelte i skrivelse af 25. marts 1965, at de ikke fandt det foreliggende materiale fra 11 kiropraktorpraksis egnet til en videregående statistisk bearbejdning med henblik på en vurdering af resultaterne af kiropraktorbehandling. Som begrundelse herfor anførtes, at der savnedes en kontrolgruppe, uden hvilken man ikke kunne vurdere sygdomsforløbet hos patienter, der ikke havde modtaget kiropraktisk behandling. Endvidere var det ikke muligt på grundlag af det foreliggende materiale at vurdere, om de anførte helbredelses- og bedringsresultater var af varig karakter.

Under et møde i udvalget den 11. maj 1965 uddybede de to statistikere deres udtalelse og rettede forskellige yderligere indvendinger imod den måde, hvorpå materialet var tilvejebragt.

Da det herefter stod udvalget klart, at de foreliggende statistiske oplysninger ikke var egnede som grundlag for en videnskabeligt holdbar bedømmelse af den kiropraktiske behandlings værdi, og da det ikke skønnedes muligt at fuldstændiggøre materialet, således at det blev egnet hertil, besluttede udvalget at afstå fra dette. Man arbejdede herefter videre efter andre kriterier end de statistiske, idet kiropraktorerne dog fremlagde det nedenfor under c) omtalte materiale.

c. Andet materiale, der er forelagt udvalget med henblik på bevis for kiropraktisk behandlings effekt.

Kiropraktorerne har forelagt udvalget yderligere materiale med henblik på at bevise kiropraktisk behandlings gunstige effekt.

Dette materiale, der er optaget som *bilag 11, D*, omfatter bl.a. en amerikansk undersøgelse »A Survey and Analysis of the Treatment of Sprain and Strain Injuries of the Back and Neck in Industrial Cases.«

I undersøgelsen er foretaget en sammenligning af udgifter til behandling og til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, antallet af behand-

linger pr. patient og omfanget af foretagne røntgenundersøgelser, alt efter om et skadetilfælde blev behandlet af en kiropraktor eller af en læge. Undersøgelsen konstaterer store forskelle på de omhandlede punkter.

Om undersøgelsens detaljer og om udvalgets stilling til dens resultater henvises til det i bilag II, D, anførte, hvoraf fremgår, at udvalget bortset fra dets kiropraktormedlemmer **ikke har** kunnet acceptere undersøgelsen som et videnskabeligt bevis for kiropraktorbehandlingens effekt, bl.a. som følge af, at der ikke foreligger noget kontrolmateriale.

3. Omfanget af danske kiropraktorers virksomhed.

Under udvalgets drøftelser fremkom ønske om at søge tilvejebragt oplysninger om omfanget af kiropraktorers virksomhed her i landet, herunder særlig oplysning om, i hvilket omfang befolkningen søger behandling hos kiropraktor, således at man eventuelt kunne søge at danne sig et indtryk af, hvilket omfang kiropraktorernes virksomhed har i sygdomsbekæmpelsen i forhold til de praktiserende lægers virksomhed. Det man ønskede var alene at få et indtryk af størrelsesordenen.

Udvalget udsendte derfor i november 1966 på grundlag af Dansk Kiropraktor-Forenings medlemsfortegnelse pr. 1. oktober et af udvalget udarbejdet spørgeskema til 54 her i landet bosatte kiropraktorer, hvori man udbad sig forskellige oplysninger om deres praksisforhold i 1965. Undersøgelsen omfattede således ikke kiropraktorer, der står uden for DKF, uanset at de har bestået eksamen ved en kiropraktisk læreanstalt, og heller ikke personer, der uden at have uddannelse som kiropraktor, anvender *betegnelsen* kiropraktor og tager patienter i kur med en metode, der angives at være den kiropraktiske metode, eller med helt andre metoder.

Det fremgår af besvarelserne, jfr. redegørelsen i *bilag II, E,* at 50 kiropraktorer i 1965 udøvede kiropraktisk virksomhed her i landet fordelt på 42 praksis.

Udvalget anmodede sundhedsstyrelsens medicinalstatistiske afdeling om at gennemgå de indhentede oplysninger om kiropraktorernes virksomhed, idet man særlig bad oplyst, hvorvidt der af materialet sammenholdt med foreliggende oplysninger om lægers virksomhed måtte kunne anstilles sammenligninger til brug ved udvalgets skøn over, hvilket omfang kiropraktorernes virksomhed har i sygdomsbekæmpelsen i forhold til praktiserende lægers virksomhed.

I sundhedsstyrelsens redegørelse anslås antallet af behandlinger hos kiropraktorer til ca. 230.000 årlig, medens antallet af ydelser, givet af praktiserende læger, anslås til ca. 16-18 mill, årlig.

Uanset at udvalget må erkende, at det, som også påpeget af sundhedsstyrelsen, af forskellige årsager ikke er muligt at foretage en statistisk holdbar sammenligning mellem de tilvejebragte oplysninger om danske kiropraktorers virksomhed og de på et skøn beroende oplysninger om danske praktiserende lægers virksomhed, mener man dog, at de foretagne sammenligninger giver en fornemmelse af, i hvilket omfang befolkningen søger kiropraktor og læge her i landet.

4. Danske kiropraktorer.

a. Uddannelse.

De her i landet praktiserende kiropraktorer, der er medlemmer af Dansk Kiropraktor-Forening, har alle gennemgået en særlig kiropraktisk uddannelse.

Dansk Kiropraktor-Forening etablerede i 1948-51 en dansk uddannelse, men i øvrigt er uddannelsen af de i Danmark praktiserende kiropraktorer foregået ved kiropraktiske læreanstalter i USA og Canada. 80 % af de praktiserende kiropraktorer er uddannet i udlandet.

Uddannelsen i USA er behandlet i *bilag II, F,* hvor der detaljeret er redegjort for dens tilrettelæggelse og indhold. Som eksempel er valgt forholdene ved en af kiropraktorerne i udvalget udpeget kiropraktisk læreanstalt, National College of Chiropractic (N.C.C.), der er anerkendt af Dansk Kiropraktor-Råd.

Idet i øvrigt henvises til det i bilag II, F, anførte, bemærkes, at den amerikanske kiropraktoruddannelse er 4-årig og opdelt i en grundlæggende uddannelse og en klinisk uddannelse.

Som forudsætning for praksisret kræves i en række stater i USA 2 års forudgående college-uddannelse. Dette krav har ingen betydning for danske kiropraktorstuderende, som udelukkende opholder sig i USA for at gennemgå en kiropraktoruddannelse med henblik på at praktisere her i landet.

Den grundlæggende uddannelse (4 semestre) omfatter fag som anatomi, fysiologi, kemi, bio-

kemi, patologi og psykologi, der er en forudsætning for den kliniske uddannelse, men den omfatter også propædeutisk (forberedende) undervisning i kiropraktik, herunder i den kiropraktiske sygdomslære og kiropraktisk teknik.

Den kliniske uddannelse (5 semestre) omfatter specialundervisning inden for de under den grundlæggende uddannelse hørende discipliner. Endvidere fortsættes den særlige kiropraktiske undervisning, og der undervises i røntgenundersøgelse og anden form for diagnostik samt i specielle fag, bl.a. ortopædi.

Undervisningen foregår ved forelæsninger og laboratoriearbejde, i et vist omfang illustreret ved patientmateriale

I 7.-9. semester er uddannelsen i vidt omfang lagt an på egentligt klinik-arbejde i de til N.C.C. knyttede 2 klinikker, hvorigennem de studerende stadig mere selvstændigt deltager i og udfører praktikantarbejde.

Læger deltager ikke i undervisningen. Der afholdes eksamen efter hvert semester, og efter den afsluttende eksamen tildeles den færdigeksaminerede graden: »Doctor of Chiropractic«.

Om den ældre danske uddannelse af kiropraktorer, der var 3-årig, har udvalget kun kunnet få sparsomme oplysninger. De fremlagte oplysninger - indeholdt i »Regler for uddannelsen i Danmark til diplomeret kiropraktor« og »Undervisningsplan for efterårssemesteret 1948« er gengivet i bilag II, F.

b. Antallet af praktiserende danske kiropraktorer.

Da betegnelsen kiropraktor ikke er beskyttet i Danmark, d.v.s. ikke forbeholdt personer med den ovenfor nævnte uddannelse, kan enhver, uanset hvilken uddannelse den pågældende måtte have, nedsætte sig under betegnelsen kiropraktor og tage patienter i kur ved anvendelse af en behandlingsmetode, der angives at være den kiropraktiske metode eller ved anvendelse af andre behandlingsmetoder. Det er således ikke muligt at gøre rede for, hvilke personer der her i landet tager syge i kur ved anvendelse af den kiropraktiske eller en lignende behandlingsmetode. Det er derimod, jfr. foran punkt 3 samt bilag II, E, oplyst, at der pr. 1. oktober 1966 her i landet praktiserede 50 kiropraktorer tilsluttet Dansk Kiropraktor-Forening (DKF)[1]). Disse kiropraktorer har alle enten bestået afgangseksamen fra en udenlandsk kiropraktisk læreanstalt eller gennemgået den i 1948 her i landet på privat basis etablerede kiropraktoruddannelse. Det kan anføres, at foreningens medlemmer i telefonbogen er markeret på særlig måde. Af de i KTAS-fagbog for 1969 under rubrikken »Kiropraktorer« anførte 25 personer er således 14 anført som værende medlemmer af DKF og autoriserede af Dansk Kiropraktor-Råd (DKR).

c. Organisationsforhold.

Om de bestemmelser, der regulerer de i DKF organiserede kiropraktorers virksomhed, henvises til de i *bilag II, G,* på grundlag af DKF's love gengivne oplysninger. Det fremgår heraf, at foreningens love, der senest er revideret i 1965, bl.a. indeholder bestemmelser, der tager sigte på at sikre, at de uddannelsesmæssige og vandelmæssige krav til foreningens medlemmer opfyldes. Autorisation meddeles af Dansk Kiropraktor-Råd. Der er også fastsat kollegiale vedtægter.

d. Kiropraktorers takster.

Indtil 1965 bestemte DKF's love, at taksterne fastsættes af foreningens generalforsamling. Heri skete i 1965 den ændring, der er en tilpasning til den hidtil gældende praksis, at generalforsamlingen blot fastsætter minimumstakster.

Nærmere oplysninger om danske kiropraktorers takster findes i *bilag II, H,* hvortil henvises.

[5]) Medlemstallet var pr. 1. oktober 1966 54 og er pr. 1. november 1969 62.

KAPITEL III.

Danske regler om autorisation af medicinalpersonale samt oplysninger om lægeuddannelsen i Danmark.

1. Autorisation af medicinalpersonale med dansk uddannelse.

Ved lov eller på andet retsgrundlag er der inden for det danske sundhedsvæsen etableret en række ordninger, hvorved udøvelse af forskellige - mere eller mindre selvstændige — former for virksomhed, der forudsætter en særlig uddannelse, er anerkendt af det offentlige.

Der er således en række eksempler på, at en stillingsbetegnelse og oftest tillige retten til at udøve en nærmere bestemt virksomhed er forbeholdt personer, der har bestået en eksamen eller prøve og eventuelt opfylder andre særlig fastsatte betingelser.

Offentlig anerkendelse, ofte i form af en egentlig autorisation, kan siges at være motiveret ved et ønske om at vejlede borgerne og de ansættende myndigheder om, hvilke personer der må anses for sagkyndige på det pågældende område. I det omfang en bestemt virksomhed forbeholdes personer med særlig uddannelse, er anerkendelsen også begrundet i en på sundhedsmæssige hensyn baseret offentlig interesse i, at den pågældende virksomhed kun udøves af dertil kvalificerede personer.

Når en person har modtaget offentlig autorisation til udøvelse af en bestemt virksomhed inden for sundhedsvæsenet, må det antages, at vedkommende fremtidig kun må udøve virksomhed med behandling af syge inden for det af autorisationen afgrænsede område. Den frie ret til at tage patienter i kur, som principielt tilkommer enhver efter forudsætningerne i lægelovens kapitel VI, jfr. herom det i kapitel I anførte, tilkommer derfor ikke den, der er autoriseret til udøvelse af en særlig virksomhed.

I almindelighed vil en person, der, uden at opfylde de foreskrevne betingelser, anvender en betegnelse eller udøver en virksomhed, der er forbeholdt visse personer, kunne straffes efter bestemmelser i speciallovgivningen eller efter bestemmelsen i straffelovens §131, der hjemler straf for den, som offentlig eller i retsstridig hensigt udgiver sig for at have offentlig myndighed eller offentlig bemyndigelse til en virksomhed, eller som uden offentlig bemyndigelse udøver en virksomhed, til hvilken en sådan kræves, eller vedblivende udøver en virksomhed, til hvilken retten er ham frakendt.

I *bilag III, A,* er nærmere redegjort for de gældende autorisationsordninger vedrørende læger, sygeplejersker, tandlæger, jordemødre, hospitalslaboranter og terapiassistenter. Idet i øvrigt henvises til bilaget bemærkes, at retten til at udøve virksomhed inden for det ved en autorisation omfattede område (og til at anvende en forbeholdt stillingsbetegnelse) med hjemmel i vedkommende speciallov eller i lov nr. 182 af 23. juni 1932 om sundhedsvæsenets centralstyrelse kan frakendes en autoriseret, såfremt den pågældende må antages at være farlig for sine medmennesker under udøvelse af sin gerning enten på grund af legemlige mangler eller varig eller med mellemrum indtrædende mangelfuld sjælstilstand, hvad enten denne skyldes sygdom eller misbrug af alkohol, morfin, kokain eller lignende, eller på grund af udvist grov uduelighed.

Om de uddannelsesmæssige forudsætninger, der skal være opfyldt, for at en person kan opnå autorisation som selvstændigt praktiserende læge, henvises til de nedenfor under 3 anførte oplysninger om den danske lægeuddannelse.

2. Tilladelse for medicinalpersonale med udenlandsk uddannelse til at udøve virksomhed her i landet.

Det er en følge af det stigende samkvem mellem landene, at personer, der er uddannet i deres hjemland, i vidt omfang søger beskæftigelse i udlandet inden for deres fag. Dette gæl-

der også medicinalpersonale, og der er her i landet fastsat bestemmelser, der tager sigte på at muliggøre, at medicinalpersonale med udenlandsk uddannelse, f.eks. læger, kan opnå adgang til at arbejde inden for deres fag her. Der bortses her fra reglerne om opholds- og arbejdstilladelse, og de følgende bemærkninger vedrører derfor udelukkende regler, der grunder sig på sundhedsmæssige overvejelser.

Dansk rets udgangspunkt er, at en udenlandsk uddannelse ikke i sig selv giver tilstrækkeligt grundlag for, at der kan meddeles f.eks. en læge tilladelse til at udøve lægevirksomhed her i landet. Baggrunden for, at en udenlandsk uddannelse ikke umiddelbart giver ret til virksomhedsudøvelse her i landet, er det offentliges interesse i, at virksomhed inden for sundhedsvæsenet kun udøves af kvalificerede personer, et hensyn, som har været bestemmende for de på grundlag af dansk uddannelse etablerede autorisationsordninger.

Da danske sundhedsmyndigheder ifølge sagens natur ikke kan have et indgående kendskab til den uddannelse, der i udlandet gives medicinalpersonale, og da det på den anden side undertiden vides eller må formodes, at en udenlandsk uddannelse - særlig for så vidt angår lande, hvis uddannelsessystemer er væsentlig forskellige fra det danske - afviger fra den tilsvarende danske, er det for at tilgodese den nævnte offentlige »kvalitetsinteresse« nødvendigt at opstille regler, der sikrer en forsvarlig bedømmelse af den udenlandske uddannelse, og som muliggør, at danske myndigheder kan stille krav om supplerende uddannelse som betingelse for at give tilladelse til virksomhedsudøvelse her i landet.

Der kræves derfor under en eller anden form en godtgørelse af, at den udenlandske uddannelse er ligeværdig med den tilsvarende danske uddannelse. I praksis medfører dette krav om tillægsuddannelse i større eller mindre omfang her i landet og en bestået prøve.

For medicinalpersonale, der er uddannet i et af de øvrige nordiske lande, gælder dog i vidt omfang, bl.a. som følge af indgåede overenskomster om fælles nordisk arbejdsmarked for forskellige grupper af medicinalpersonale, at sådant personale har krav på eller kan opnå tilladelse til at udøve virksomhed her i landet alene på grundlag af dokumentation for bestået uddannelse, således at der altså ikke stilles krav om tillægsuddannelse eller prøve. Som et eksempel herpå kan nævnes, at statsborgere i Danmark, Finland, Norge eller Sverige, der har bestået lægevidenskabelig eksamen i Finland, Norge eller Sverige, og som i et af disse lande er autoriserede som læge, har krav på at få autorisation som læge her i landet.

De gældende danske bestemmelser, hvorefter der meddeles personer, der i udlandet har gennemgået en tilsvarende uddannelse som danske læger, sygeplejersker, tandlæger, jordemødre og terapiassistenter, tilladelse til at udøve virksomhed inden for deres fag, er omtalt i *bilag III, B,* hvortil henvises.

3. Lægeuddannelsen i Danmark.

For at opnå *ret til at udøve lægegerning og betegne sig som læge* kræves autorisation, og denne (såkaldt »A-autorisation«) meddeles efter begæring den, der har bestået dansk lægevidenskabelig embedseksamen, og som har aflagt lægeløftet, jfr. lægelovens §§ 1 og 2.

Studieordningen for lægevidenskabelig embedseksamen var indtil 1967 fastlagt ved kgl. anordning af 26. august 1954 med senere ændringer. Studiet var opdelt i en 1. og 2. del og var normeret til 6V2 år for matematisk naturvidenskabelige studenter (7$^1/_2$ år for sproglige).

Ved kgl. anordning af 26. juni 1967 om lægevidenskabelig embedseksamen ved Københavns og Århus universiteter indførtes nye bestemmelser om lægevidenskabelig embedseksamen. Idet der om enkeltheder vedrørende den nye studieordning henvises til redegørelsen i *bilag III, C og D,* bemærkes, at studiet nu er opdelt i 5 dele: en forprøve samt 1. og 2. del A og B, og at den normerede studietid er 6V2 år, efter en overgangsperiode 6 år. Den samlede kundskabsmængde, som de studerende skal tilegne sig, er af lignende omfang som under den ældre studieordning, men der er ved den nye studieordning tilstræbt en effektivisering og modernisering af uddannelsen. Det samlede timetal for universitetsuddannelsen udgør efter den nye studieordning 4735 timer, (hvortil kommer 217 timers præmedicinsk uddannelse for sproglige studenter).

Ret til at udøve selvstændig virksomhed som fødselshjælper og læge forudsætter autorisation hertil (såkaldt »B-autorisation«), der på begæring meddeles den læge, der har gennemgået klinisk kursus i fødselsvidenskab og efter eksamen har gjort tjeneste som lægekandidat på et sygehus, jfr. lægelovens § 2, stk. 1. Indenrigs-

ministeriet har ved bekendtgørelse nr. 24 af 3. februar 1965 med hjemmel i lægelovens § 2, stk. 6, fastsat kandidattjenestens varighed til 12 måneder. Et i 1962 af de lægevidenskabelige fakulteter ved Københavns og Århus universiteter nedsat udvalg, der havde til opgave at overveje og over for fakulteterne at fremkomme med forslag om eventuelle ændringer af lægeuddannelsen i Danmark, foreslog i sin i 1964 afgivne betænkning bl.a., at der skulle stilles krav om en 2-årig klinisk uddannelse og en 2-måneders kursusuddannelse som betingelse for ret til at udøve virksomhed som alment praktiserende læge, således at den samlede uddannelse som forudsætning for ret til selvstændig lægevirksomhed herefter ville udgøre godt 8 år. Spørgsmålet om at indføre bestemmelser svarende til udvalgets forslag overvejes for tiden i indenrigsministeriet.

Ifølge lægelovens § 4, stk. 1, må en læge ikke uden særlig tilladelse betegne sig som *speciallæge*. Nærmere regler om uddannelse af speciallæger er givet i indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 148 af 27. april 1966 og i den sig dertil sluttende bekendtgørelse af 1. februar 1967 fra sundhedsstyrelsen. Tilladelse til at betegne sig som speciallæge er efter disse regler betinget af 6-8V2 års uddannelse efter bestået embedseksamen.

KAPITEL IV.

Dækning af patienters udgifter til sygebehandling her i landet.

1. Grundlaget for dækning af sådanne udgifter.

Patienters udgifter til sygebehandling her i landet dækkes i vidt omfang af de anerkendte sygekasser og af fortsættelsessygekasserne. Dette gælder først og fremmest udgifter til lægebehandling.

Hjælp til lægebehandling kan dog også ydes på andet grundlag, således i trangstilfælde med hjemmel i forsorgsloven eller, for så vidt angår udgifter til behandling af tilskadekomne, efter ulykkesforsikringsloven, i det omfang sygekasser og fortsættelsessygekasser ikke er pligtige at yde hjælp.

I de senere år har fortsættelsessygekasserne vedtaget i nærmere angivet omfang at yde hjælp til dækning af medlemmernes udgifter til kiropraktisk behandling. Tilsvarende beslutning er truffet af en række virksomheders syge- og hjælpekasser og af et antal fagforeninger. Socialministeriet har i skrivelse af 11. april 1969, der omtales nærmere nedenfor, til De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark, meddelt, at ministeriet efter omstændighederne ikke skal modsætte sig, at sygekasser som supplerende ydelse efter hovedvedtægtens § 37, stk. 4, uden statstilskud yder hjælp til kiropraktorbehandling efter lægehenvisning.

a. Anerkendte sygekasser.

Disses virksomhed er reguleret ved lov om den offentlige sygeforsikring, jfr. lovbekendtgørelse nr. 403 af 23. oktober 1967. Loven sondrer mellem 2 medlemsgrupper, A- og B-medlemmer, omfattende henholdsvis medlemmer over og under en indtægtsgrænse, der reguleres efter ændringer i lønniveauet for faglærte arbejdere.

For den enkelte sygekasse skal ifølge lovens § 4 foreligge en af direktoratet for sygekassevæsenet godkendt vedtægt, som nærmere regulerer kassens forpligtelser, og sygekasserne forudsættes at indgå overenskomster med alment praktiserende læger om disses medvirken til sikring af kassens forpligtelse ifølge lovens § 11, stk. 1, til at yde nydende A-medlemmer fri lægehjælp *ved alment praktiserende læge.* Overenskomster skal godkendes af socialministeriet.

Til B-medlemmer skal sygekassen ifølge sygeforsikringslovens § 11, stk. 4, yde refusion af udgifter til lægehjælp efter nærmere i vedtægten fastsatte regler.

Om *speciallægehjælp* bestemmer lovens § 11, stk. 2, at sygekassen skal yde A-medlemmer speciallægehjælp efter nærmere i vedtægten fastsatte regler.

I overensstemmelse hermed bestemmer vedtægten, at såfremt der foreligger en godkendt og for kassen gældende overenskomst med vedkommende speciallæge, betaler sygekassen efter overenskomstens bestemmelser for behandling af et A-medlem. Ydelse af hjælp til speciallægebehandling forudsætter i almindelighed lægehenvisning.

B-medlemmer må i alle tilfælde selv afholde udgiften til speciallæge, og de kan derefter ifølge lovens § 11, stk. 4, af sygekassen få refunderet udgiften efter nærmere i vedtægten fastsatte regler.

For B-medlemmers vedkommende forudsætter refusion vedrørende speciallægehjælp ikke lægehenvisning.

Specielt vedrørende fysiurgisk behandling o.l. bestemmer sygeforsikringslovens § 16, at det i kassens vedtægt *kan* bestemmes, at kassen til nydende medlemmer yder tilskud hertil. Det beror altså på den enkelte kasses vedtægt, om kassen yder tilskud til betaling af sådanne behandlinger.

Hjælp til fysiurgisk behandling kan efter vedtægten kun ydes — helt eller delvist — såfremt en læge har ordineret behandlingen. Dette gælder både A- og B-medlemmer.

I *bilag IV, A,* er nærmere redegjort for sygekassernes ydelse af lægehjælp. Der henvises i øvrigt til det ovenfor om socialministeriets skri-

velse af 11. april 1969 til De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark anførte.

Samvirksomheden har i cirkulære af 18. april 1969, *bilag IV, G,* orienteret de enkelte kasser om socialministeriets stillingtagen, jfr. nærmere nedenfor under 3.

b. Fortscettelsessygekasser.

Medens sygekasser står under tilsyn af direktøren for sygekassevæsenet, er fortsættelsessygekasser undergivet reglerne i lov nr. 147 af 18. maj 1959 om forsikringsvirksomhed, hvoraf følger, at deres vedtægter skal stadfæstes af handelsministeriet.

Fortsættelsessygekasser kan ikke optage medlemmer, med mindre deres indtægt, som det er tilfældet for de anerkendte sygekassers B-medlemmer, overstiger en vis grænse. Dog kan børn af en fortsættelsessygekasses medlemmer ved 16 års alderen optages som medlemmer af fortsættelsessygekassen uden hensyn til egen indtægt. Om fortsættelsessygekassernes virksomhed bestemmer sygeforsikringslovens § 65, stk. 3, nr. 2, at den alene må omfatte ydelse af sygehjælp og begravelseshjælp.

Udtrykket »sygehjælp« omfatter i hvert fald lægehjælp, herunder speciallægehjælp, hvortil medlemmernes udgifter i et vist omfang refunderes, uden at der stilles krav om forudgående henvisning fra praktiserende læge.

I de senere år har samtlige 13 fortsættelsessygekasser, der i alt har ca. 300.000 medlemmer, imidlertid vedtaget i et vist omfang at yde refusion af deres medlemmers udgifter til behandling hos kiropraktor. Refusion, hvortil der ikke ydes statstilskud, andrager gennemsnitligt ca. 50 °/o af medlemmets udgift og kan kun ydes til behandling hos kiropraktorer, der er medlemmer af Dansk Kiropraktor-Forening og autoriseret af Dansk Kiropraktor-Råd. Overenskomster mellem de enkelte fortsættelsessygekasser og foreningen er dog ikke indgået. Refusionen forudsætter ikke lægehenvisning.

Om den af fortsættelsessygekasserne anlagte fortolkning af udtrykket »sygehjælp« i sygeforsikringslovens § 65 som også omfattende kiropraktisk behandling, henvises til det nedenfor under 2 anførte.

c. Forsorgsloven.

I medfør af § 45 i lov om offentlig forsorg, jfr. lovbekendtgørelse nr. 539 af 10. november 1969, påhviler det de sociale udvalg i trangstilfælde at yde en person hjælp til kur og pleje i tilfælde af sygdom. Lovens § 47, stk. 2, bestemmer, at sådan hjælp, i det omfang det efter en læges erklæring skønnes nødvendigt, efter omstændighederne omfatter hjælp til massagebehandling, sygegymnastik, elektrisk behandling, badebehandling m.v.

d. Ulykkesforsikringsloven.

Ifølge lov om forsikring mod følger af ulykkestilfælde, lovbekendtgørelse nr. 137 af 26. april 1968, kan den lovpligtige ulykkesforsikring i et vist omfang afholde udgifter til behandling af tilskadekomne. Lovens § 21, stk. 2, pkt. 1, indeholder herom følgende bestemmelse: »I det omfang, hvori det ikke påhviler en sygekasse (sygeforening) at afholde udgiften hertil i henhold til dens vedtægt, påhviler det forsikringsselskabet at afholde udgifterne til sygebehandling og optræning, når direktoratet for ulykkesforsikringen - medens sagen er under behandling - skønner sygebehandlingen eller optræningen fornøden til at opnå den bedst mulige helbredelse.«

Om denne bestemmelses forståelse er det for udvalget oplyst, at forudsætningen for ulykkesforsikringens pligt til at betale er, at der er tale om specialbehandling, ordineret af en læge, f .eks. behandling hos øjenspecialist eller fysiurg. Det er endvidere en forudsætning, at patienten forinden har forsøgt at få udgifterne dækket af sin sygekasse eller fortsættelsessygekasse, således at ulykkesforsikringens betalingsforpligtelse kun indtræder, i det omfang vedkommende kasses vedtægt udelukker hjælp, eller såfremt den tilskadekomne ikke er nydende medlem af en sygekasse eller fortsættelsessygekasse.

Der foreligger fra 1959 en afgørelse fra direktoratet for ulykkesforsikring, stadfæstet af socialministeriet, hvorefter anvendelsen af lovens § 21, stk. 2, må antages at have til forudsætning, at der er tale om lægebehandling eller behandling, der efter ordination eller tilsyn af en læge foretages af andre personer med offentlig anerkendelse til at foretage sygebehandling. Der kunne derfor ikke påhvile ulykkesforsikringen nogen betalingsforpligtelse vedrørende en tilskadekommens udgifter til kiropraktisk behandling, der ikke var ordineret af den pågældendes læge.

e. Hjælp ydet af virksomheders syge- og hjælpekasser og af fagforeninger.

En række virksomheders syge- og hjælpekasser har vedtaget at yde refusion i et vist omfang

af medlemmers udgifter til behandling hos kiropraktor. De pågældende kasser er **anført i** *bilag IV, B.*

En række lokale fagforeninger har truffet tilsvarende beslutning, således f.eks. Fabriksarbejdernes Fagforening i Svendborg, Dansk Arbejdsmands- og Specialarbejderforbund i Svendborg, Fakse, Frederikshavn, Aabenraa, Mørkøv og Ryslinge.

2. Sygekassers og fortsættelsessygekassers stilling i relation til ydelse af støtte til kiropraktisk behandling uden lægeordination.

Den enkelte sygekasses vedtægt er afgørende for, hvilken hjælp der kan ydes medlemmerne inden for de grænser, sygeforsikringsloven fastsætter. Sygeforsikringslovens § 16 bestemmer, som anført ovenfor under 1, at det i vedtægten kan fastsættes, at kassen yder tilskud til nydende medlemmers udgifter til fysiurgisk behandling. Såfremt behandling sker ved fysioterapeut, er det en forudsætning for ydelse af tilskud, at medlemmet af en læge er henvist til fysiurgisk specialbehandling. Loven omtaler ikke kiropraktisk behandling, og socialministeriet og direktoratet for sygekassevæsenet har hidtil forudsat, at sådan behandling ikke omfattes af udtrykket »fysiurgisk behandling«. Da sygekassernes vedtægter godkendes af direktøren for sygekassevæsenet, har disse kasser derfor ikke hidtil kunnet yde medlemmerne tilskud til kiropraktisk behandling. Efter socialministeriets ovennævnte skrivelse af 11. april 1969 er sygekasserne fremdeles afskåret fra at yde sådan hjælp, når der ikke foreligger lægehenvisning til kiropraktisk behandling.

Fortsættelsessygekasserne har imidlertid under henvisning til sygeforsikringslovens § 65, stk. 3, nr. 2, hvorefter deres virksomhed alene må omfatte sygehjælp og begravelseshjælp, vedtaget i nærmere angivet omfang at yde refusion af medlemmernes udgifter til kiropraktisk behandling under forudsætning af, at behandlingen er ydet af et medlem af Dansk Kiropraktor-Forening.

Det er derimod ikke en betingelse for refusion, at medlemmet er henvist til kiropraktisk behandling af en læge. Det kan i denne forbindelse bemærkes, at fortsættelsessygekassernes refusion af udgifter til speciallægebehandling ikke forudsætter lægehenvisning.

Udvalget har under sine drøftelser af den anførte forskel i kassernes ydelser særlig haft opmærksomheden henledt på bestemmelsen i § 14, stk. 2, i lov om udøvelse af lægegerning af 14. marts 1934, jfr. lovbekendtgørelse nr. 236 af 9. august 1955, der bestemmer, at »kun læger er berettiget til at udøve den lægevirksomhed, som udkræves ifølge forsikrings- og forsørgelseslovene og lovgivningen i øvrigt.«

Det fremgår af bemærkningerne til den nævnte bestemmelse, som lægelovskommissionen stillede forslag om i betænkningen angående lægers retsstilling (1931), og som af indenrigsministeren uændret blev forelagt rigsdagen, at kommissionen havde drøftet spørgsmålet om ikke-autoriserede personers adgang til at tage syge i kur. Kommissionen mente, at kun autoriserede læger bør anvendes i offentlige forhold og anførte herom:

»Kommissionen stiller derfor forslag om, at det i loven bestemmes, at i statslige og kommunale lægestillinger må kun ansættes autoriserede læger, og at kun læger er berettiget til at udøve den lægegerning, som udkræves i henhold til lovgivningen. Betydningen heraf ville bl.a. være, at kun autoriserede læger kan udstede lægeattester, der skal bruges over for det offentlige eller f.eks. i administrationen af den i sygekasseloven omhandlede sygeforsikring, ligesom kun autoriserede læger kan antages til at yde lægehjælp, for hvilken det offentlige betaler (f.eks. lægehjælp til personer under offentlig forsorg), eller for hvis udredelse der er givet nærmere regler i en lov, f.eks. i sygekasselovgivningen.«

Under lovforslagets behandling stillede et medlem af det folketingsudvalg, der behandlede forslaget, forslag om følgende bestemmelse: »Lægmænd, der udøver lægegerning, har kun adgang til virksomhed for sygekasser i det omfang, sygekassernes bestyrelse selv bestemmer, og har ingen krav på godtgørelse fra sygekassen, med mindre sygekassebestyrelsen skønner, at behandlingen har medført helbredelse eller i hvert fald en så betydelig bedring af patientens helbredstilstand, at det medfører besparelse for sygekassen.«

Både direktøren for sygekassevæsenet og sygekassenævnet tog imidlertid meget kraftigt afstand fra dette mindretalsforslag med understregning af, at sygekassenævnets opfattelse var ganske enstemmig.

Rigsdagen vedtog herefter § 14, stk. 2, ganske i overensstemmelse med kommissionsforslaget.

Under lovforslagets 2. behandling i folke-

tinget i 1932 udtalte indenrigsministeren, at spørgsmålet om, hvorvidt sygekasserne burde have adgang til at betale for behandling, ydet af personer, der ikke er læger, ikke kunne siges at henhøre under lægeloven, men at det eventuelt burde søges løst ved en ændring af sygekasseloven.

I 1933 - året før behandlingen af lægeloven afsluttedes - blev den dagældende sygekasselov imidlertid som led i socialreformen afløst af afsnit I i lov om folkeforsikring, uden at der blev opnået nogen afklaring af spørgsmålet. Senere ændringer i sygekasselovgivningen har heller ikke medført, at spørgsmålet er afklaret.

Udvalgets flertal må på baggrund af bestemmelsens forhistorie være af den opfattelse, at lægelovens § 14, stk. 2, er til hinder for, at der af anerkendte sygekasser ydes støtte til kiropraktisk behandling ydet af kiropraktorer, der udøver deres ret til selvstændigt at tage patienter i kur, altså i tilfælde, hvor der ikke foreligger henvisning fra en læge til sådan behandling.

Flertallet må endvidere formene, at den af fortsættelsessygekasserne indførte adgang for medlemmer til at få refunderet udgifter til kiropraktisk behandling, uden at en læges ordination foreligger, ikke harmonerer med bestemmelsen i lægelovens § 14, stk. 2.

Bemærkningerne til denne paragraf indeholdt klart den forudsætning, at det offentlige kun skulle kunne tilpligtes at betale til den lægegerning, som udøves af autoriserede læger. Det kan dernæst ikke med rette hævdes, at fortsættelsessygekasserne er rent private forsikringsforeninger, der ikke på nogen måde modtager tilskud fra det offentlige.

Uanset at sygekassers og fortsættelsessygekassers retsgrundlag i dag er forskellige, er det dog en følge af sygeforsikringslovens § 65, stk. 3, at borgerne inden for de fastsatte begrænsninger, for så vidt angår indtægtens størrelse, opfylder deres forsikringspligt ved enten at være medlem af en anerkendt sygekasse eller af en fortsættelsessygekasse. Medlemmer af fortsættelsessygekasser har i princippet tilsvarende rettigheder i forhold til det offentlige, som medlemmer af anerkendte sygekasser. Således opnår de tilsvarende fritagelser eller nedsættelser af betaling for ophold på sygehus. Endvidere kan også folke-, invalide- og enkepensionister opfylde deres forpligtelse til at være nydende medlem af en sygekasse ved at være medlem af en fortsættelsessygekasse, og til sådanne pensionister, der er medlemmer af en fortsættelsessygekasse, og som er berettigede til pensionstillæg, ydes som en bestanddel af pensionstillægget et beløb af samme størrelse, som det beløb, de ville have modtaget som en del af deres pensionstillæg til betaling af sygekassekontingent, såfremt de havde været A-medlemmer af en sygekasse.

Det kan endvidere anføres, at sygeforsikringslovens § 65, stk. 3, nr. 3, fastsætter nærmere regler for fortsættelsessygekassers stilling i tilfælde af ophør. I så fald skal formuen enten overføres til en sygekasse, hvortil medlemmerne overføres, eller benyttes til et af socialministeren godkendt socialt formål.

Det anførte er, sammenholdt med lægelovens § 14, stk. 2, og dennes forhistorie, efter flertallets opfattelse udtryk for, at fortsættelsessygekasserne ikke kan have videregående rettigheder end de anerkendte sygekasser, for så vidt angår karakteren af de ydelser, som de kan beslutte at give medlemmerne, og man må derfor være af den opfattelse, at fortsættelsessygekassemes beslutning om at yde refusion af medlemmers udgifter til behandling hos kiropraktor uden krav om, at behandlingen er lægeordineret, ikke er lovmedholdelig.

De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark forespurgte i skrivelse af 4. november 1967 socialministeren, om sygeforsikringslovens § 65, stk. 3, nr. 2, hvorefter en fortsættelsessygekasse alene kan yde sygehjælp og begravelseshjælp, er videregående end de bestemmelser, der er gældende for sygekassernes ydelser, jfr. lovens kapitel III.

Socialministeriet udtalte i skrivelse af 28. juni 1968, *bilag IV, C,* at ministeriet ikke finder tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at den nævnte lovbestemmelse er til hinder for et antal fortsættelsessygekassers beslutning om også at yde hjælp til kiropraktisk behandling.

Som det imidlertid fremgår af det ovenfor anførte, kan udvalgets flertal ikke tiltræde socialministeriets fortolkning af bestemmelsen i sygeforsikringslovens § 65, stk. 3, nr. 2, for så vidt fortolkningen anerkender hjemmel til refusion af udgifter til sygehjælp ydet af kiropraktorer, uden at lægehenvisning foreligger, da fortsættelsessygekassemes beslutning efter flertallets opfattelse er stridende mod bestemmelsen i lægelovens § 14, stk. 2.

Udvalgsflertallet bemærker, at socialministeriet åbenbart har set bort fra, at der ikke foreligger nogen offentlig anerkendelse af kiropraktorers virksomhed - i modsætning til tand-

lægers og jordemødres. Hjælp til behandling ydet af »kloge mænd« og »kloge koner« vil herefter principielt ikke kunne nægtes, for så vidt »sygehjælp« fortolkes, som socialministeriet har fortolket begrebet.

Mindretallet, (Hviid, Jørgensen og Simonsen) har i udvalget gjort gældende, at socialministeriets fortolkning af bestemmelsen i sygeforsikringslovens § 65, stk. 3, nr. 2, er udtryk for, at kiropraktisk behandling betragtes som sygehjælp i sygeforsikringslovens forstand, og at anerkendte sygekasser derfor også må være berettigede til at yde hjælp til kiropraktisk behandling, uden at det kan være nødvendigt, at denne er foretaget efter en læges ordination.

Mindretallet gør endvidere gældende, at lægelovens § 14, stk. 2, ikke kan være til hinder for, at fortsættelsessygekasser kan yde hjælp til kiropraktorbehandling uden lægehenvisning. Dette følger af, at bestemmelsen blot siger, »at kun læger er berettiget til at udøve den tøgevirksomhed, (»læge« fremhævet her), som udkræves i henhold til forsikrings- og forsørgelseslovene samt lovgivningen i øvrigt«, men derimod ikke udtaler sig om anden virksomhed, f.eks. tandlægevirksomhed, jordemodervirksomhed og kiropraktorvirksomhed. At sådan virksomhed ikke falder inden for denne bestemmelses rammer, fremgår klart af den omstændighed, at sygekasser udover lægehjælp også yder tilskud til anden behandling, som ikke gives af læger, f.eks. tandlægehjælp og jordemoderhjælp, uden at henvisning fra læge er en forudsætning for sådan ydelse.

Mindretallet kan således ikke tiltræde flertallets fortolkning af de anførte lovbestemmelser, men henholder sig til socialministeriets skrivelse af 28. juni 1968 og slutter heraf sammenholdt med deres forståelse af lægelovens § 14, stk. 2, at herefter må også de almindelige sygekasser være berettigede til at yde støtte til kiropraktorbehandling, uden at henvisning fra en læge er påkrævet som forudsætning for sådan ydelse.

Et medlem, (Vejlby), finder, at spørgsmålet om fortsættelsessygekassernes adgang til efter gældende lovgivning at yde hjælp til kiropraktorbehandling uden lægehenvisning må bero på en fortolkning af sygeforsikringslovens § 65, stk. 3, nr. 2. Om forståelsen af denne bestemmelse kan dette medlem henholde sig til socialministeriets skrivelse af 28. juni 1968, hvorefter ministeriet ikke har fundet tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at bestemmelsen er til hinder for, at fortsættelsessygekasserne yder hjælp til sådanne behandlinger. Dette medlem vil ikke ud fra denne afgørelse drage den slutning, at også anerkendte sygekasser er berettiget til at yde hjælp til kiropraktorbehandling uden lægehenvisning.

3. Sygekassers og fortsættelsessygekassers stilling i relation til ydelse af støtte til kiropraktisk behandling efter lægeordination.

Udvalget har drøftet, hvorvidt den gældende lovgivning kan antages at være til hinder for, at sygekasser og fortsættelsessygekasser yder støtte til behandling hos kiropraktor, såfremt sådan behandling er ydet efter en læges ordination.

Lægeloven afgrænser ikke begrebet »lægelig medhjælp«, men foreskriver kun i § 6, stk. 1, lægens almindelige forpligtelse til at vise omhu og samvittighedsfuldhed - også ved benyttelse af medhjælp. Det er således tilladt en læge som medhjælp at benytte sygeplejerske, sygehjælper, lægesekretær, ægtefælle eller husassistent, alt under forudsætning af, at lægen er samvittighedsfuld og omhyggelig, og det er endvidere antaget at være lovligt, at en læge ordinerer behandling hos andre behandlere.

Den eneste grænse, lægeloven i øvrigt sætter for lægens samarbejde udadtil, er lovens § 19, der lyder således: »På samme måde (med bøde eller hæfte) straffes den læge, der træder i samarbejde med lægfolk, som tager syge i kur på en måde, der er egnet til at bibringe almenheden den urigtige forestilling, at behandlingen sker efter lægens anvisning eller på hans ansvar«.

Af denne bestemmelse fremgår modsætningsvis, at det er lovligt for en læge at træde i samarbejde med lægfolk, såfremt behandlingen sker efter lægens anvisning eller på hans ansvar, jfr. ordene: »urigtige forestilling«.

Sammenholdes lægelovens §§ 6 og 19 med § 14, stk. 2, må det antages, at sidstnævnte ikke er til hinder for, at lægevirksomhed efter denne bestemmelse udføres under medvirken af medhjælp i eller uden for konsultationen, som lægen enten anviser eller påtager sig ansvaret for. Bestemmelsen kan derfor efter udvalgets opfattelse ikke være til hinder for, at en læge henviser til en kiropraktor.

Udvalgets flertal har i kapitel VI, II, 10, anbefalet, at det fastslås, at såvel anerkendte sygekasser som fortsættelsessygekasser er berettigede til at yde hjælp til dækning af medlemmernes behandling hos medlemmer af Dansk Kiropraktor-Forening, når sådan behandling er ordineret af en læge.

4. Henvendelse af 27. juni 1968 fra De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark til direktoratet for sygekassevæsenet.

Fortsættelsessygekassernes beslutning om at yde en vis refusion af udgifter, som medlemmerne har haft til kiropraktisk behandling, uden at der stilles krav om lægehenvisning, har medført, at der i sygekassekredse er opstået utilfredshed med, at sygekasserne ikke har mulighed for at yde sådan hjælp, og der har i sygekasserne været forslag fremme om, at man skulle vedtage at yde hjælp til kiropraktisk behandling efter tilsvarende retningslinier, som følges af fortsættelsessygekasserne.

Imidlertid har De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark hidtil indtaget det standpunkt, at støtte til kiropraktisk behandling kun bør ydes medlemmerne, såfremt sådan behandling er givet efter en læges ordination.

I skrivelse af 27. juni 1968 til direktoratet for sygekassevæsenet, *bilag IV, D*, har samvirksomheden forespurgt, om direktoratet kan erklære sig enigt i, at sygekasserne indtil videre (indtil kiropraktorudvalgets arbejde er afsluttet) yder tilskud til medlemmernes udgifter til kiropraktisk behandling under forudsætning af, at sådan behandling er givet efter lægehenvisning til praktiserende kiropraktor, der er anerkendt af Dansk Kiropraktor-Råd. Det foresloges, at hjælpen ydes efter bestemmelsen i hovedvedtægtens § 37, stk. 4, der er sålydende: »Såfremt kassens økonomiske tilstand tillader det, kan bestyrelsen undtagelsesvis bevilge et beløb til supplering af de §§ 11-19 omhandlede ydelser undtagen medicinhjælp. Af disse supplerende ydelser oppebæres ikke statstilskud«.

Direktoratet for sygekassevæsenet forelagde henvendelsen til socialministeriets afgørelse med bemærkning, at bestemmelsen i hovedvedtægtens § 37, stk. 4, efter direktoratets opfattelse alene tilsigter at skabe mulighed for, at de enkelte sygekasser kan beslutte i undtagelsestilfælde at yde medlemmerne hjælp til supplering af de ydelser, for hvilke sygeforsikringsloven og de enkelte vedtægter i øvrigt indeholder hjemmel, f.eks. lægehjælp.

Uanset at direktoratet var af den opfattelse, at kiropraktisk behandling efter lægehenvisning næppe er i strid med bestemmelsen i lægelovens § 14, stk. 2, fandt man ikke, at sådan behandling kan ydes som supplement til lægehjælp (vedtægtens § 11). I øvrigt var det direktoratets opfattelse, at sygekasserne kun kan deltage i udgifter til sygehjælp, der ydes af personer, der af sundhedsstyrelsen er autoriseret til at virke inden for sundhedsvæsenet.

Endelig pegede direktoratet på, at en imødekommelse af samvirksomhedens ønske må antages at medføre visse praktiske vanskeligheder. Det må således forekomme tvivlsomt, i hvilket omfang der kan opnås lægehenvisning til kiropraktisk behandling. I det omfang dette ikke bliver tilfældet, vil den foreslåede ordning ikke kunne få virkning, og den vil kunne medføre store administrative vanskeligheder for sygekasserne, bl.a. derved, at kassernes medlemmer for at opnå lægehenvisning i videre omfang vil ønske at skifte læge.

Socialministeriet anmodede i skrivelse af 19. september 1968 indenrigsministeriet om at ville udtale sig om, »hvorvidt lægehenvisning til behandling hos ikke-autoriserede kiropraktorer kan anses for stridende mod lægeloven eller anden under indenrigsministeriets område henhørende lovgivning«.

I skrivelse af 7. januar 1969, *bilag IV, E*, udtalte indenrigsministeriet, efter at have forelagt sundhedsstyrelsen spørgsmålet, at lægehenvisning til personer, der ikke har autorisation som læge, herunder kiropraktorer, efter indenrigsministeriets opfattelse ikke kan anses for stridende mod lægeloven eller mod andre under indenrigsministeriet hørende love.

På den givne foranledning udtalte indenrigsministeriet samtidig, at det efter ministeriets opfattelse må forekomme tvivlsomt, om den af fortsættelsessygekasserne trufne vedtagelse om ydelse af tilskud til kiropraktorbehandling, også uden at lægehenvisning foreligger, er forenelig med lægelovens § 14, stk. 2.

I skrivelse af 11. april 1969, til De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark, *bilag IV, F*, har socialministeriet herefter udtalt, at ministeriet efter omstændighederne ikke skal modsætte sig, at sygekasser som supplerende ydelse efter hovedvedtægtens § 37, stk. 4, uden statstilskud yder hjælp til kiropraktorbehandling efter lægehenvisning.

I et cirkulære af 18. april 1969 til samtlige sygekasser, *bilag IV, G*, hvori der gives meddelelse om socialministeriets stillingtagen, udtalte samvirksomheden, *at* henvisning må ske på lægens ansvar, *at* lægehenvisning skal foreligge både for A- og B-medlemmer, *at* henvisning ordentligvis bør ske til kiropraktorer, som

er autoriseret af Dansk Kiropraktor-Råd, *at* tilskuddet formentlig bør udgøre 15 kr. pr. behandling, dog maksimalt halvdelen af udgiften, samt indtil ca. halvdelen af udgiften til røntgenfotografering, og *at* tilskudsordningen skulle træde i kraft fra den 1. maj 1969. Det fremgår af det nævnte cirkulære, at ordningen forudsættes at være midlertidig, jfr. samvirksomhedens ovenfor nævnte skrivelse af 27. juni 1968 til direktoratet for sygekassevæsenet.

KAPITEL V.

Retstilstanden i en række fremmede lande.

I sit første møde den 12. december 1963 vedtog udvalget at anmode indenrigsministeriet om gennem udenrigsministeriet at ville søge fremskaffet oplysning fra Norge, Sverige, Finland, Island, Storbritannien, Frankrig, Holland, Belgien, Forbundsrepublikken Tyskland, Østrig, Schweiz, USA og Canada om, hvorvidt og i bekræftende fald i hvilket omfang der i de pågældende lande findes regler om kiropraktik, herunder bestemmelser om kiropraktorers uddannelse og virksomhed, og oplysning om, hvorvidt der efter gældende offentlig eller privat sygeforsikringsordning består adgang til hel eller delvis godtgørelse for udgifter til kiropraktisk behandling.

Udvalget udbad sig endvidere oplysning om de i vedkommende land gældende bestemmelser om ret for personer uden lægevidenskabelig eksamen til at tage syge i kur. Endelig anmodede man om oplysning om de i vedkommende land gældende bestemmelser om autorisation af medicinalpersonale.

I skrivelse af 28. februar 1964 til indenrigsministeriet udtalte udvalget, at man ville sætte pris på at modtage eksemplarer af de i vedkommende land gældende love og administrative bestemmelser vedrørende de anførte forhold samt af eventuelt foreliggende udvalgsbetænkninger og oplysning om, hvorvidt det var under overvejelse at gennemføre ændringer i den bestående retstilstand.

For så vidt angår Norge, Sverige, Finland og Island bad udvalget ministeriet om - i det omfang kiropraktisk virksomhed udøves i disse lande - at søge oplyst, hvilke retningslinier myndighederne anlægger vedrørende sådan virksomhed, samt hvilke betalingstakster kiropraktorer almindeligvis anvender.

Indenrigsministeriet rettede derefter henvendelse til udenrigsministeriet, og i den følgende tid modtog udvalget svar fra alle de nævnte lande.

Da de modtagne besvarelser fremtræder meget uensartede og er noget ufuldstændige, særlig for så vidt angår spørgsmålet om eventuel hjemmel for offentlig og privat sygeforsikring til at refundere udgifter til kiropraktisk behandling, har det danske socialministerium bistået udvalget med supplerende oplysninger.

I *bilag V, A,* gives under A et resumé af de i besvarelserne indeholdte oplysninger suppleret af socialministeriet, medens B indeholder oplysninger om udenlandske forhold, der i øvrigt er forelagt udvalget, herunder ajourføringer af det under A anførte.

Bilagets oplysninger kan sammenfattes således:

1. Lovbestemmelser vedrørende kiropraktorers virksomhed.

Af de europæiske lande, hvorom oplysninger er indhentet, anerkender kun Schweiz kiropraktorers virksomhed. I 14 af 22 kantoner findes lovbestemmelser herom. Virksomhed som kiropraktor forudsætter schweizisk statsborgerskab, uddannelse ved de af forbundsmyndighederne godkendte amerikanske og canadiske kiropraktiske læreanstalter og 1 års praktisk tjeneste hos en autoriseret kiropraktor samt bestået eksamen i vedkommende kanton. De enkelte kantoners love definerer, hvad der skal forstås ved kiropraktisk virksomhed. Udgifter til kiropraktisk behandling hos autoriserede kiropraktorer dækkes af den offentlige sygeforsikringsordning.

I USA og Canada anerkendes kiropraktorers virksomhed ved lovbestemmelser **i** henholdsvis 48 stater og 7 provinser. Der kræves udover uddannelse ved kiropraktiske læreanstalter bestået eksamen i den stat eller provins, hvor den pågældende kiropraktor ønsker at udøve virksomhed. Det offentlige kan i USA's enkeltstater på forskellige områder yde støtte til kiropraktisk behandling, og den lovpligtige ulykkesfor-

sikring i 44 stater samt i alt ca. 550 private sygeforsikringsselskaber yder refusion af udgifter til sådan behandling.

I Norge, Sverige, Finland, Storbritannien og Forbundsrepublikken Tyskland synes kiropraktorer at være ligestillede med andre personer, der uden at være læge tager patienter i kur. Reglerne i de nævnte lande er forskellige. Således er det i Norge ikke tilladt nogen at tage patienter i kur, medmindre den behandlende har opholdt sig 10 år i landet; i Sverige kræves svensk statsborgerskab og i Tyskland kræves særlig tilladelse for alle ikke-læger til at tage syge i kur. I Norge og Sverige er der særlige begrænsninger for så vidt angår arten af de lidelser og vedrørende hvilke personer, en ikke-læge må behandle, ligesom der gælder begrænsninger i valg af undersøgelses- og behandlingsformer.

Det fremgår af de modtagne oplysninger, at de offentlige sygeforsikringsordninger ikke refunderer udgifter til behandling hos kiropraktor. I Storbritannien anerkendes kiropraktorers sygemeldinger vedrørende patienter som grundlag for ydelse af dagpenge.

I Frankrig, Belgien og Østrig er kiropraktisk behandling (manipulationsbehandling) ved lov forbeholdt læger.

2. Lovbestemmelser vedrørende ikke-lægers adgang til at tage syge i kur.

Spørgsmålet om, hvilke lovbestemmelser der i de enkelte lande er gældende, for så vidt angår retten for personer uden lægevidenskabelig eksamen til at tage syge i kur, må ses i en vis forbindelse med det under 1 anførte spørgsmål. På grundlag af besvarelserne kan det sammenfattende siges, at i Norge, Sverige og Finland er det tilladt andre end læger at tage syge i kur, men at der gælder særlige indskrænkninger, dels vedrørende den behandlendes personlige - herunder statsborgerlige - forhold dels vedrørende arten af lidelser og personer, der må behandles, og de tilladte undersøgelses- og behandlingsformer.

I Island og i Forbundsrepublikken Tyskland kræves særlig tilladelse for andre end læger til at tage syge i kur, medens det i Frankrig, Belgien og Østrig er forbudt ikke-læger at tage syge i kur. For Storbritannien foreligger ingen besvarelse.

3. Lovbestemmelser vedrørende autorisation af medicinalpersonale.

Af de foreliggende oplysninger om de enkelte landes lovbestemmelser vedrørende autorisation af medicinalpersonale - herunder om udenlandske statsborgeres stilling, såfremt de måtte ønske at arbejde inden for deres fag i vedkommende land - fremgår, at der i Norge, Sverige og Finland kræves autorisation for at virke som læge, tandlæge, jordemoder og fysioterapeut, i Sverige og Finland endvidere til virksomhed som sygeplejerske og i Norge og Sverige for farmaceuter. Udenlandsk uddannelse anerkendes; dog kræves tillægsprøve eller nærmere dokumentation. Der gælder særlige regler for visse nordiske statsborgere efter forskellige overenskomster om fælles nordisk arbejdsmarked.

I Island, Storbritannien og Frankrig kræves autorisation for at virke som læge, tandlæge og jordemoder. I Island opnås autorisation lettest af skandinaver. I Frankrig kræves fransk statsborgerskab og eksamen, men der kan dispenseres overfor andre statsborgere under forudsætning af gensidighed.

I Storbritannien kræves også autorisation til virksomhed som sygeplejerske og farmaceut, i Island og Frankrig for fysioterapeuter og i sidstnævnte land også for farmaceuter.

I Forbundsrepublikken Tyskland, Østrig og Schweiz forudsætter udøvelse af lægegerning autorisation. Der stilles krav om vedkommende lands statsborgerskab, men udenlandsk eksamen kan anerkendes (vistnok også i Schweiz). Østrig har tillige autorisationsordning for jordemødre og Schweiz for tandlæger, jordemødre, farmaceuter og kiropraktorer.

I USA og Canada administreres de for medicinalpersoner gældende autorisationsordninger i de enkelte stater og provinser, og betingelserne varierer fra stat til stat (provins til provins). Autorisation kræves til virksomhed som læge, tandlæge, osteopath, kiropraktor m.fl.

KAPITEL VI.

Resultatet af udvalgets overvejelser.

I. Kommissoriet.

Udvalgets opgave har været at undersøge, hvorvidt og i bekræftende fald på hvilke nærmere betingelser der bør gennemføres en autorisationsordning for personer med uddannelse i kiropraktisk behandling, samt hvorvidt og i bekræftende fald på hvilke nærmere betingelser der bør gives anerkendte sygekasser ret til at yde støtte til deres medlemmers modtagelse af kiropraktisk behandling.

Med henblik på at løse den stillede opgave har udvalget, som det fremgår af den i kapitel II, 1, givne redegørelse, foretaget en gennemgang af den kiropraktiske teori og den deraf afledte sygdomslære.

Herefter har man undersøgt, hvorledes kiropraktorer udøver deres virksomhed. I kapitel II, 2, A-C, er der således redegjort for kiropraktorers undersøgelse af patienter, for de behandlingsegnede tilfælde og for den særlige kiropraktiske behandling, og i kapitel II, 2, D og F, omtales, hvilke lidelser danske kiropraktorer behandler og med hvilke resultater. Oplysninger om omfanget af danske kiropraktorers virksomhed, deres uddannelse og organisationsforhold, er gengivet i kapitel II, 3 og 4.

Endvidere har udvalget drøftet begrebet »autorisation« og lægeuddannelsen i Danmark. Der henvises herom til redegørelsen i kapitel III. Spørgsmålet om, i hvilket omfang patienters udgifter til sygehjælp kan være genstand for refusion efter den gældende retstilstand, er behandlet i kapitel IV.

Endelig har udvalget indhentet en række oplysninger om medicinalpersonales forhold i udlandet, herunder om kiropraktorers retsstilling. Der henvises herom til det i kapitel V anførte.

Udvalget må mene, at de under udvalgsarbejdet fremkomne oplysninger er tilstrækkelige som grundlag for en vurdering af kiropraktikken og for udvalgets stillingtagen til de af kommissoriet omfattede spørgsmål.

»Autorisationsspørgsmålet« tager sigte på, hvorvidt og eventuelt under hvilken form samfundet bør anerkende en speciel uddannelse og den virksomhed, der udøves af personer, der har gennemgået en sådan uddannelse.

Da retten til at tage syge i kur efter dansk ret principielt - med visse i lægeloven indeholdte begrænsninger - tilkommer enhver, har kiropraktorer i dag denne ret. Som det fremgår af den i kapitel III givne redegørelse, er der imidlertid inden for det danske sundhedsvæsen ved lov eller med hjemmel i lov eller andre retsforskrifter etableret en række ordninger, hvorved udøvelse af forskellige - mere eller mindre selvstændige - former for virksomhed, der forudsætter en særlig uddannelse, er anerkendt i form af en offentlig autorisation.

Det har været udvalgets første opgave at tage stilling til, om der foreligger grundlag for at etablere en autorisationsordning for kiropraktorer. En sådan ordning kunne tilrettelægges således, at den frie ret til at tage patienter i kur uden lægehenvisning, som kiropraktorer i dag har, blev erstattet af en offentlig anerkendelse til selvstændigt at tage patienter i kur. Eventuelt kunne en sådan autorisationsordning bygge på en afgrænsning af de sygdomme, som kiropraktorer må behandle, og de behandlingsformer, der må anvendes.

Autorisation kunne også tænkes indført som en ret for kiropraktorer til at tage patienter i kur efter lægehenvisning, således som det f.eks. er tilfældet vedrørende terapiassistenter, eventuelt i forbindelse med en begrænsning af sygdomsområdet eller behandlingsformer.

Medens vurderingen af autorisationsspørgsmålet må støtte sig på sundhedsfaglige overvejelser, herunder en bedømmelse af værdien af kiropraktorers uddannelse og kiropraktisk behandling, er det andet spørgsmål, der omfattes af udvalgets kommissorium, af en anden karakter. Selv om autorisationsspørgsmålets besvarelse må have indflydelse på afgørelsen af spørgsmålet om, hvorvidt sygekasser bør kunne yde støtte til kiropraktisk behandling, spiller dog også i vidt omfang økonomiske hensyn ind

her. Ganske uden hensyn til, hvorvidt det findes ønskeligt at gennemføre en autorisationsordning, er der tale om at overveje, om det findes rimeligt, at samfundet gennem sygekasserne skal yde betydelige økonomiske tilskud til patienters udgifter til kiropraktisk behandling, således som det i dag er tilfældet, for så vidt angår en række andre ydelser inden for sundhedsvæsenet, jfr. redegørelsen herfor i kapitel IV. I denne forbindelse finder man anledning til at fremhæve, at der ikke ved afgørelsen af, om der bør ydes støtte til kiropraktisk behandling, bør være forskel på den stilling, der opnås af sygekassers og fortsættelsessygekassers medlemmer[1]).

Det har som anført i betænkningens indledning ikke været muligt at opnå enighed i udvalget. Som følge heraf er udvalgets overvejelser resulteret i en flertalsudtalelse, der gengives nedenfor under II og en mindretalsudtalelse, der gengives under III.

II. Flertallets vurdering af kiropraktikken.

1. Indledning.

Udvalgets flertal - de medlemmer, der ikke er kiropraktorer - må indledningsvis understrege, at drøftelserne i udvalgets mange og lange møder er foregået ud fra ønsket om, at alle synspunkter og oplysninger, der skønnedes nødvendige for, at udvalget kunne udføre den stillede opgave, skulle fremlægges og gennemdrøftes, og at udvalgets behandling af emnerne skulle foregå fordomsfrit.

Det har ikke kunnet undgås, at drøftelserne i udvalget i et vist omfang har haft karakter af dialoger mellem kiropraktorerne og lægerne, men de medlemmer af udvalget, der hverken er kiropraktorer eller læger, har ved deres deltagelse i drøftelserne søgt at uddybe deres forståelse af de behandlede emner som baggrund for deres vurdering af disse.

Flertallet vil fremhæve, at der under udvalgets arbejde har været udfoldet store bestræbelser på at forlige synspunkterne med henblik på at nå frem til en enig indstilling fra det samlede udvalg. Det er flertallets indtryk, at der under flere faser af arbejdet har foreligget muligheder for en tilnærmelse af synspunkterne i den nævnte retning.

[1]) Et medlem (Vejlby) kan som nedenfor under II, 10, anført ikke tiltræde flertallets indstilling, for så vidt angår fortsættelsessygekassernes forhold.

Det er derfor med beklagelse, at flertallet må konstatere, at det ikke har været muligt at nå til enighed om en fælles indstilling fra det samlede udvalg.

2. Den nyere kiropraktiske teori, sygdomslæren.

A. Sygdomsårsag.

Under udvalgets drøftelser er det fastslået, at kiropraktorers virksomhed her i landet bygger på den nyere kiropraktiske teoris antagelse om, at unormale tilstande i og omkring hvirvelsøjlen og bækkenet *kan* forårsage sygdomme eller sygdomssymptomer i stort set alle dele af den menneskelige organisme som følge af, at den normale funktion i den del af nervesystemet, der er placeret i og har forgreninger fra hvirvelsøjlen og bækkenet, forstyrres.

Uanset at denne sygdomslære er snævrere end Daniel David Palmers ældre kiropraktiske teori, er den dog overordentlig vid, for så vidt som den hævder, at det teoretisk er muligt, at sygdomme eller sygdomssymptomer i stort set alle dele af legemet *kan* have deres årsag i unormale tilstande i hvirvelsøjle og bækken.

At der på den anden side kun er tale om en mulighed, fremgår deraf, at kiropraktorerne i udvalget klart har givet udtryk for, at kiropraktorer ikke hævder, at sygdomme *kun* kan have deres årsag i unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet eller sandsynligvis kun kan have sådan årsag.

Udvalgets flertal erkender, at unormale tilstande i de nævnte organer kan være årsag til sygdomme eller sygdomssymptomer, men finder ikke, at det kan være rigtigt, som kiropraktorer gør, når årsagen til en foreliggende sygdom skal søges konstateret og en diagnose stilles på patienten, at lægge særlig vægt på en undersøgelse af hvirvelsøjlen og bækkenet.

Kiropraktorerne erkender, at der i hvirvelsøjle og bækken kan foreligge afvigelser fra det normale, uden at afvigelsen i det konkrete tilfælde giver sig udslag i sygdomssymptomer, eller afvigelser, som eventuelt først vil give anledning til symptomer på et senere tidspunkt. Kiropraktorerne anfører herved, at de ved en undersøgelse eventuelt konstaterede unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet i sådanne tilfælde normalt ikke vil være særlig sandsynlige som sygdomsårsag.

Flertallet finder ikke anledning til at kommentere kiropraktorernes opfattelse, hvorefter

det kan være formålstjenligt at overvåge konstaterede unormale tilstande i og omkring hvirvelsøjlen med henblik på at kunne iværksætte behandling ved tegn på udvikling af sygdomssymptomer.

Da det af nutidens kiropraktorer erkendes, at der kan være andre årsager til sygdom end unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet, forekommer det udvalgets flertal betænkeligt, at kiropraktorer, som det fremgår af redegørelsen i kapitel II, 2, A, i første række lægger vægt på forholdene i disse organer som mulig sygdomsårsag. Særlig for så vidt angår en række sygdomme i andre dele af legemet, som erfaringsmæssigt ofte vil have eller kunne have en anden årsag, må det anses for mere nærliggende ved en første undersøgelse af patienten at have opmærksomheden henledt på andre muligheder for sygdommens årsag. Udvalgsflertallet er i denne forbindelse opmærksom på, at kiropraktorer efter de foreliggende oplysninger også foretager en almindelig undersøgelse af patienten.

Lægerne i udvalget har givet udtryk for følgende synspunkter:

Når kiropraktorer hævder, at unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet kan forårsage sygdomme eller sygdomssymptomer i stort set alle dele af legemet, og derfor først og fremmest retter deres opmærksomhed mod ryggens forhold, måtte man vente, at kiropraktorerne kunne henvise til undersøgelser, der beviste eller blot sandsynliggjorde rigtigheden af en sådan sygdomslære, der er i strid med den omfattende viden om sygdomme og sygdomsårsager, der er resultatet af videnskabelig forskning. Til trods for, at kiropraktik har været doceret og udøvet i 74 år, foreligger der ikke undersøgelser, der på nogen måde kan underbygge rigtigheden af den af kiropraktorerne fremsatte sygdomslære. Der er heller ikke ført noget som helst bevis for de af kiropraktorerne postulerede gunstige behandlingsresultater.

Den kiropraktiske sygdomslære lader sig heller ikke begrunde under henvisning til den reelle viden, vi har om hvirvelsøjlens anatomi, fysiologi og patologi. Det må først og fremmest slås fast, at lidelser i hvirvelsøjlen almindeligvis ikke medfører, at der opstår egentlige sygdomme i andre organer, men kun visse funktionsforstyrrelser i enkelte af disse. F.eks. kan meget udtalte skævheder i hvirvelsøjlen (kyfoscolioser) bevirke, at brystkassen bliver så sammenklemt, at det påvirker lungernes og hjertets funktion, men det må tilføjes, at det ikke ved kiropraktiske håndgreb er muligt at bedre denne tilstand. Endvidere kan det nævnes, at beskadigelse af rygmarven, f.eks. som følge af brud på hvirvelsøjlen, svulster eller betændelse i denne, medfører lammelser og andre funktionsforstyrrelser af de organer, der forsynes med nerver fra den del af rygmarven, der har mistet forbindelsen med den øvrige del af centralnervesystemet. Heller ikke i sådanne tilfælde kan tilstanden bedres ved hjælp af kiropraktiske håndgreb. Kiropraktorer og læger er sikkert enige om de anførte synspunkter.

Der kan derimod næppe opnås enighed om den såkaldte nervetryksteori, nemlig kiropraktorernes påstand om, at tryk på nerver udgående fra hvirvelsøjlen, eller irritation af disse nerver kan være årsag til sygdomme eller sygdomssymptomer i næsten alle dele af organismen. Hvis en nerve beskadiges, f.eks. ved at blive udsat for tryk, betændelse eller overrivning, således at den ikke længere kan lede impulser til eller fra de organer, den forsyner med nervetråde, vil det påvirke disse organers funktion på forskellig måde. Drejer det sig om de nerver, der udgår fra hvirvelsøjlen, vil symptomerne væsentligst være lokaliseret til hud, muskler og led. Kun ved meget massive beskadigelser, f.eks. hvis selve rygmarven beskadiges, eller hvis en væsentlig del af det nervebundt, der ligger nedenfor 2. lændehvirvel beskadiges, opstår der også funktionsforstyrrelser fra visse underlivsorganer, navnlig visende sig ved vandladnings- og afføringsforstyrrelser. Er der tale om tryk på enkelte nerver udgående fra rygmarven, er de hyppigste symptomer lammelser og følеforstyrrelser, ligesom irritation af disse nervers rødder kan give smerter, brænden og snurren. De hyppigste årsager til symptomgivende nervetryk er brud på hvirvelsøjlen, svulster, betændelser, diskusprolapser, store ændringer i hvirvelsøjlens form og bevægelighed samt slidgigt i hvirvelsøjlen. Ingen af nævnte lidelser bedres ved hjælp af kiropraktiske håndgreb.

Det er derimod ikke påvist eller blot sandsynliggjort, at tryk på enkelte nerver udgående fra hvirvelsøjlen er årsag til lidelser i hjerte, lunger, mavesæk, tarmkanal, nyrer eller lever, eller årsag til sukkersyge, lidelse i skjoldbruskkirtlen eller binyrer. Heller ikke lidelser i hjernen, som f.eks. migræne, epilepsi og sindslidelser, kan være forårsaget af forskudte ryghvirvler

eller forventes helbredte ved kiropraktiske håndgreb. De her anførte eksempler må være tilstrækkelige til at begrunde, at den kiropraktiske sygdomslære savner videnskabeligt grundlag.

Når kiropraktorer alligevel i så vid udstrækning har kunnet overbevise lægfolk om deres sygdomslæres rigtighed, kan forklaringen bl.a. være den, at lidelser i hvirvelsøjlen ikke alene kan fremkalde smerter i denne, men at disse smerter ofte projiceres til fjernere liggende dele af organismen, f.eks. til brystkassen eller bughulen. Smerterne opfattes da som lidelser i hjerte, mave, nyre, tarm o.s.v. Da sådanne smerter ofte lindres eller forsvinder ved kiropraktisk behandling af hvirvelsøjlen, er det let at overbevise patienten om, at kiropraktoren har helbredt en af de nævnte lidelser, lettest naturligvis hvis patienten ikke ved en forudgående lægeundersøgelse har fået konstateret, at hans hjerte, tarm o.s.v. ikke fejlede noget. Det kan i mange tilfælde være vanskeligt at sige, hvad årsagen til smerter i begrænsede afsnit af hvirvelsøjle og bækken kan være, om der er tale om nedsat bevægelighed mellem et par ryghvirvler eller irritation af led eller muskelfæster. I sjældnere tilfælde kan man påvise såkaldte subluxationer, hvorved forstås, at to ledflader er forskudt lidt i forhold til hinanden og fastholdes i denne unormale stilling. Sikkert påviselige subluxationer i hvirvelsøjlens led er ret sjældne, men det er konstateret, at de f.eks. kan give anledning til skævhals eller ischiaslignende smerter.

Til belysning af, hvilke lidelser danske kiropraktorer behandler, har udvalget fået forelagt en fortegnelse over 190 hoveddiagnoser (primærlidelser) behandlet i en kiropraktorpraksis gennem en bestemt periode, jfr. *bilag VI, A.* Listen indeholder en række gentagelser, således at der reelt kun er tale om 42 diagnoser. Mange af disse kan imidlertid ikke betegnes som diagnoser i egentlig forstand, men er symptomkomplekser. Tager man de anførte diagnoser som udtryk for, hvilke lidelser danske kiropraktorer behandler, og ses der bort fra de tilfælde, der er blevet afvist af kiropraktoren, finder man, at den oprindelige lære om, at unormaliteter i hvirvelsøjle og bækken kan forårsage sygdomme eller sygdomssymptomer i alle dele af organismen, er blevet modificeret, men langtfra er forladt. Ifølge den forelagte diagnoseliste er f.eks. følgende lidelser uden for hvirvelsøjle og bækken blevet kiropraktisk behandlet: Slidgigt i skulder- og hofteled, betændelse omkring achillessenen, følgerne af hjernerystelse og børnelammelse, ægte migræne, Meniére's sygdom, lidelser i nerverne til tårekirtlerne, skelen, bronchitis, asthma, nældefeber, forstoppelse, ufrivillig vandladning, depression, betændelse i armens nerver eller tryk på disse som følge af lidelse i scalenermusklen (en af halsens muskler) og endelig et stort antal muskelinfiltrationer.

Af lidelser eller symptomkomplekser hidrørende fra hvirvelsøjle og bækken, for hvilke kiropraktisk behandling kunne tænkes at være indiceret - om end man ikke med sikkerhed kan sige noget herom, da der som omtalt ikke foreligger videnskabelige undersøgelser til belysning heraf -, nævnes følgende 8 diagnoser eller symptomkomplekser: Subluxation i leddet mellem korsben og haleben, diskusprolaps, hovedpine udgående fra halshvirvelsøjlen, ischias, skævhals, syndroma arteria vertebralis (symptomer, der henføres til nedsat blodgennemstrømning gennem nævnte pulsåre, der er beliggende på begge sider af halshvirvelsøjlen, og som forsyner de bageste partier af hjernen med blod), diskusdegeneration og pseudoanginapectoris (smerter i hjerteregionen af lignende art, som dem, der fremkaldes i hjertet som følge af lidelser i hjertemusklens blodkar).

Til belysning af, hvorledes den kiropraktiske sygdomslære vurderes i USA, hvorfra kiropraktikken stammer og har opnået størst udbredelse, kan henvises til, at en af de amerikanske forbundssundhedsmyndigheder for nylig foretaget undersøgelse fastslår, at der ikke er ført noget bevis for, at subluxationer kan være en årsag af betydning til sygdommes opståen, og at det derfor er uberettiget i almindelighed i sygdomsbekæmpelsen at lægge vægt på undersøgelse og behandling af ryggen[2]).

Sammenfattende må lægerne i udvalget på grundlag af det af kiropraktorerne under udvalgsarbejdet fremførte, studiet af den litteratur, der af kiropraktorerne anføres at skulle begrunde deres teorier, samt kendskabet til de i denne sammenhæng relevante lægevidenskabelige kendsgerninger med sikkerhed konkludere, at den kiropraktiske sygdomslære savner sagligt grundlag. Derimod tør man ikke benægte, at kiropraktiske håndgreb i egnede tilfælde kan have en gunstig virkning på visse symptomer, hvis årsag kan være unormale tilstande i hvirvelsøjlens og bækkenets led, idet mange patienter

[2]) »Independent Practitioners under Medicare, A Report to the Congress«, december 1968.

angiver, at smerter og andre generende symptomer er svundet eller blevet mindre udtalte efter kiropraktisk behandling. Da det kun i sjældne tilfælde drejer sig om lidelser, der objektivt lader sig påvise, er det meget vanskeligt at opstille blot nogenlunde sikre indikationer for anvendelsen af kiropraktisk behandling (manipulation).

Det er i øvrigt lægernes opfattelse, at kiropraktorer er tilbøjelige til at forveksle sygdommes ætiologi (årsager) med den erfaring, de måtte have gjort om, at visse symptomer svinder efter kiropraktisk behandling af hvirvelsøjle eller bækken. Der kan, således som det også kan være tilfældet for lægers patienter, være andre årsager til, at symptomer svinder, helt eller delvis, f.eks. spontan helbredelse eller bedring. Endvidere kan behandlingens suggestive effekt her som ved andre behandlingsformer spille ind, derved at patienten i bevidstheden om, at der er givet en behandling, føler sig rask og bedre tilpas, uden at der objektivt set er indtrådt nogen forandring i tilstanden. En indtrådt helbredelse eller bedring kan også skyldes, at symptomer svinder helt eller delvis som følge af anden behandling, f.eks. lægebehandling, således at det altså i det konkrete tilfælde ikke i almindelighed kan antages, endsige godtgøres, at det er den kiropraktiske behandling, der har bevirket helbredelse eller bedring.

Det eneste sikre, man ved om den kiropraktiske behandling, er, at mange mennesker synes, at det er velgørende at få deres hvirvelsøjle manipuleret, og at smerter - ofte af usikker oprindelse - fortrinsvis lokaliseret til hvirvelsøjlen i en del tilfælde lindres eller svinder efter kiropraktisk behandling. Det gælder især lændehold (lumbago), hold i nakken og de former for hovedpine, der skyldes lidelser i halshvirvelsøjlen. Endvidere kan nævnes smerter i andre partier af hvirvelsøjlen og i bækkenets led og smerter i brystkasse og bughule forårsaget af lidelser i hvirvelsøjlen, som skønnes egnet for kiropraktisk behandling. Hertil kommer, at kiropraktisk behandling af halshvirvelsøjlen hos mange mennesker fremkalder en følelse af opstemthed og velvære. Det er muligvis denne virkning, der i højere grad end nogen anden har skabt kiropraktikken så mange tilhængere.

De medlemmer af flertallet, der ikke er læger, må under hensyn til andre mulige samtidigt eller successivt indtrædende årsager til helt eller delvist ophør af symptomer på sygdom være enige med lægerne i udvalget i, at det er uberettiget uden videre at drage den slutning af et symptoms ophør - helt eller delvist - efter kiropraktisk behandling af hvirvelsøjle eller bækken, at afhjælpningen af unormale tilstande i de nævnte organer er årsag til symptomets ophør.

I denne forbindelse bemærker udvalgets flertal, at der ikke for udvalget foreligger materiale, der kan belyse forskellige mulige helbredelsesfaktorers virkning på patienter. Der foreligger ganske vist oplysninger om resultater af patientbehandling hos danske kiropraktorer, jfr. det i kapitel II, 2, F, og bilag II, C, anførte. Udvalget har imidlertid besluttet at se bort fra disse oplysninger, bl.a. med den begrundelse, at man savner en kontrolgruppe til sammenligning samt sikre objektive kriterier for den angivne bedring i tilstanden. En kontrolgruppe måtte bestå af patienter med tilsvarende lidelser som hos de patienter, der har modtaget kiropraktisk behandling, men som enten ingen behandling har fået, eller som før eller efter den kiropraktiske behandling har modtaget anden behandling, f.eks. lægebehandling. Det har dog været umuligt at tilvejebringe et sådant kontrolmateriale.

Om en amerikansk undersøgelse vedrørende kiropraktisk behandlings effekt fremfor lægebehandlings henvises til det i kapitel II, 2, F, c, og bilag II, D, anførte, hvoraf det fremgår, at flertallet ikke har kunnet acceptere denne undersøgelses resultat som videnskabeligt bevis.

Sammenfattende finder udvalgets flertal, at den kiropraktiske teori om formodede sygdomsårsager og sygdomssammenhæng, der danner grundlag for kiropraktorers virksomhed, må anses for at være alt for generel, idet den søger at give en alt for ensidig forklaring på sygdommes opståen. Der foreligger endvidere ikke videnskabelig godtgørelse af teoriens berettigelse, herunder af den påståede - og muligt i visse tilfælde reelle - forbindelse mellem konkret foreliggende unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet og konkret foreliggende lidelser. Udvalgets flertal mener derfor ikke, at teorien bør anerkendes som grundlag for en ordning, hvorved kiropraktorer af det offentlige autoriseres til selvstændigt at tage patienter i kur.

B. Sygdomsområdet.

Når man - som nutidens kiropraktorer - antager, at unormale tilstande i og omkring hvirvelsøjlen og bækkenet kan forårsage syg-

domme eller sygdomssymptomer i stort set alle dele af legemet, og at kiropraktisk behandling af de nævnte strukturer i mangfoldige tilfælde kan afhjælpe sådanne unormale tilstande og dermed helbrede eller lindre sygdomme, følger heraf, at området for kiropraktisk virksomhed teoretisk er ganske overordentligt vidt. Et meget stort antal sygdomme og sygdomssymptomer i alle dele af legemet kan efter denne sygdomslære være genstand for kiropraktisk behandling.

Udvalget har drøftet, om det måtte være muligt at foretage en afgrænsning af sygdomsområdet, og har i denne forbindelse undersøgt, om en afgrænsning kunne bygge på de bestemmelser om kiropraktisk virksomhed, som findes i lovgivningen i de lande, der anerkender kiropraktikken, eller om en afgrænsning kunne udledes af den praksis, der i dag udøves af kiropraktorer.

48 af USA's enkeltstater anerkender kiropraktikken og har, jfr. redegørelsen i kapitel V, gennemført stærkt varierende lovbestemmelser, der nærmere regulerer kiropraktisk virksomhed. Bestemmelserne indeholder definitioner af begrebet kiropraktik eller kiropraktisk virksomhed, herunder ofte en opregning af tilladelige eller forbudte behandlingsmetoder.

Omend nogle staters lovbestemmelser indeholder forbud mod f.eks. kirurgiske, gynækologiske eller obstetriske indgreb, er det i andre stater tilladt kiropraktorer at yde f.eks. fødselshjælp, og der findes ingen bestemmelser, der afgrænser sygdomsområdet. Der henvises herom til det i kapitel II, 2, B, anførte, hvoraf det også fremgår, at kiropraktisk behandling i USA anvendes mod et meget stort antal sygdomme, hvis forbindelse med unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet på forhånd må skønnes mindre nærliggende, f.eks. fordøjelsesvanskeligheder og andre mavelidelser, nyre- og leverlidelser samt lungehindebetændelse.

Også i de schweiziske kantoner, der anerkender kiropraktikken, definerer og regulerer lovbestemmelser kiropraktisk virksomhed, jfr. det i kapitel V med bilag anførte. Eksempelvis defineres kiropraktik i kantonen Basel-Stadt således: »Undersøgelse og behandling af sådanne smertetilstande og funktionsforstyrrelser, som er betinget af ændringer eller forskydninger i hvirvelsøjlen eller bækkenet«. Da et meget stort antal smertetilstande eller funktionsforstyrrelser efter nyere kiropraktisk teori *kan* skyldes forskydninger i hvirvelsøjlen eller bækkenet, er den nævnte definition ikke udtryk for en afgrænsning i forhold til det teoretiske udgangspunkt. En vis afgrænsning ligger dog deri, at det er kiropraktorer forbudt at virke på visse særlige områder. Det er således f.eks. ikke tilladt en kiropraktor at foretage obstetriske, gynækologiske og kirurgiske indgreb eller at ordinere medicin.

Kiropraktorerne har i udvalget gjort gældende, at den kiropraktiske virksomhed, som her i landet udøves af Dansk Kiropraktor-Forenings medlemmer, er på linie med schweiziske kiropraktorers virksomhed, f.eks. i kanton Basel-Stadt. I det forslag til en autorisationsordning, som kiropraktorerne har fremsat i udvalget, jfr. nedenfor under 6, er kiropraktorers virksomhed også defineret på næsten samme måde som i kanton Basel-Stadts lov.

Kiropraktorerne har endvidere anført, at det teoretisk meget vide sygdomsområde i praksis er begrænset på forskellig måde, jfr. redegørelsen herfor i kapitel II, 2, B. De har i denne forbindelse henvist til, at foretagne opgørelser over kiropraktisk virksomhed her i landet viser, at ca. 75 % af alle behandlede tilfælde kan lokaliseres til bevægelsesapparatet, og at kun ca. 25 % af kiropraktorers patienter behandles kiropraktisk for forskellige former for hovedpine, sygdomme i indre organer, kredsløbsforstyrrelser, nervøse sygdomme og andre sygdomme.

Endvidere har kiropraktorerne gjort gældende, at danske kiropraktorer har en strengere indstilling end kiropraktorer i USA, for så vidt angår spørgsmålet om sygdomme, der skønnes egnede for kiropraktisk behandling, og at danske kiropraktorer er indstillet på at opretholde denne indstilling under en eventuel autorisationsordning.

Udvalgets flertal finder ikke, at kiropraktorernes forslag til virksomhedsområde: »Undersøgelse og behandling af funktionsforstyrrelser og smertetilstande, som er betinget af abnorme fysiologiske forhold i hvirvelsøjlens og bækkenets bevægelsesapparat« er egnet som afgrænsning af sygdomsområdet, i særdeleshed ikke til anvendelse i praksis, d.v.s. i forhold til patienter og sygekasser. Inden for området ville teoretisk, og for danske kiropraktorers vedkommende også i praksis, falde sygdomme, der bl.a. lokaliseringsmæssigt er fjerne fra rygsøjleregionen. Også funktionsmæssigt vil de pågældende sygdomme mere sandsynligt have deres årsag i andre uregelmæssigheder end sådanne, der kan

påvises eller antages at forekomme i rygsøjleregionen. Blandt disse sygdomme findes en væsentlig del af de 25 % af kiropraktorer behandlede tilfælde, der som foran nævnt er lokaliseret til indre organer m.v. Det kan i denne forbindelse nævnes, at det under udvalgsarbejdet er oplyst, at der gives lokal behandling af lidelser i ekstremitetsled, og at menstruationsvanskeligheder og »tennisarme« ikke er unddraget kiropraktorers behandlingsområde.

Den af kiropraktorerne, jfr. nedenfor under 6, foreslåede formelle begrænsning, hvorefter visse sygdomme - efter art eller på grund af nærliggende risiko for at volde skade - ikke må behandles af kiropraktorer, er udtryk for, at kiropraktorerne finder, at andre sygdomme, der teoretisk kan skyldes unormaliteter i hvirvelsøjle og bækken, principielt kan og bør kunne behandles af kiropraktorer. Selv om antallet af de efter forslaget undtagne sygdomme er stort, må det imidlertid fastslås, at antallet af sygdomme eller sygdomssymptomer, der *kan* være forsårsaget af unormale tilstande i hvirvelsøjle og bækken, og teoretisk kan findes overalt i den menneskelige organisme, er meget stort og teoretisk ubegrænset og uafgrænseligt.

Flertallet må endvidere mene, at når kiropraktorer i praksis afholder sig fra at behandle lidelser hos patienter, hos hvilke der er konstateret eller skønnes at foreligge alvorlige sygelige tilstande, synes den derved foretagne afgrænsning, der som nævnt genfindes i kiropraktorernes forslag til virksomhedsområde, ikke så meget at være begrundet i teoretiske betragtninger, men snarere at være begrundet i, at kiropraktorer enten efter lægeloven er afskåret fra at behandle de pågældende lidelser, eller at behandling af disse lidelser efter kiropraktorens skøn er kontraindiceret på grund af fare ved behandlingen som sådan eller faren ved, at patienten forholdes anden relevant behandling. Eksempler herpå er anført i kapitel II, 2, B, jfr. i øvrigt lægelovens §§ 24 og 25.

Det kan endelig anføres, at kiropraktorernes tilsagn om også fremtidigt at ville anlægge en strengere vurdering af sygdomsområdet, end amerikanske kiropraktorer angiveligt praktiserer, efter flertallets opfattelse ikke indebærer nogen håndgribelig afgrænsning, da der som ovenfor omtalt ikke i det udvalget forelagte materiale foreligger klare oplysninger om, hvilket sygdomsområde amerikanske kiropraktorer arbejder med. Tværtimod er det udvalgsflertallets indtryk, at der fra stat til stat i så hensende er meget store forskelle, og at der også kan foreligge store afvigelser mellem de enkelte kiropraktorers opfattelse i samme stat.

Flertallet må på baggrund af det anførte udtale, at det ikke har været og ikke er muligt på baggrund af den kiropraktiske teori at foretage en afgrænsning af de sygdomme, som kan være genstand for eller skønnes egnede til kiropraktisk behandling. Det bemærkes i denne forbindelse, at kiropraktorerne i udvalget har givet udtryk for, at opdelingen af sygdomme efter disses lokalisering i bevægelsesapparatet og uden for dette, jfr. kapitel II, 2, D, er uegnet til anvendelse med henblik på afgrænsning af det sygdomsområde, kiropraktorer arbejder inden for.

En autorisation af kiropraktorer på det foreliggende grundlag, d.v.s. med ret til - med teoretisk og praktisk relativt få undtagelser - at behandle for sygdomme i alle dele af den menneskelige organisme, ville i virkeligheden indebære, at kiropraktorer af det offentlige stort set blev ligestillet med læger, og at de af patienter ville blive opfattet som i det væsentlige ligestillet med læger.

Det vil efter udvalgsflertallets opfattelse ikke være rigtigt, at der i sygdomsbekæmpelsen autoriseres en gruppe behandlere, der i princippet virker inden for næsten det samme sygdomsområde som læger. Autorisation af kiropraktorer ville skabe usikkerhed hos patienterne om, hvor de skal henvende sig med deres symptomer, og det ville være umuligt for myndigheder og sygekasser at afgøre, hvilke konkrete lidelser eller sygdomssymptomer der falder ind under kiropraktorers behandlingsområde. En autorisationsordning ville også kunne give anledning til en fra et samfundssynspunkt og ud fra hensynet til patienterne uheldig konkurrence mellem de to grupper, hvis uddannelse er meget forskellig.

I denne forbindelse finder udvalgets flertal anledning til at pege på, at man, særlig efter at der i udvalget har fundet en drøftelse sted med formanden for »Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme«, direktør Vilh. Krause, bl.a. om danske kiropraktorers virksomhed, har bemærket, at der blandt landsforeningens medlemmer og tilhængere hersker en almindelig tillid til kiropraktorers formåen med hensyn til et meget vidt behandlingsområde, men at patienterne dog fortrinsvis kun opsøger en kiropraktor, når den pågældende lidelse vedrører »noget med ryggen«, hovedpine og migræne.

Denne populære afgrænsning af kiropraktorers behandlings- eller sygdomsområde harmonerer efter flertallets opfattelse hverken med den kiropraktiske teori eller med det sygdomsområde, inden for hvilket kiropraktorer faktisk efter omstændighederne påtager sig at behandle eller mener, at de bør kunne påtage sig at behandle.

Når henses til den udbredte propaganda for kiropraktorers vidtstrakte og faktisk uafgrænselige virksomhed, som finder sted, ikke blot gennem landsforeningens tidsskrift, men også i andre tidsskrifter og i pressen, er det sandsynligt, at den ovenfor omtalte tendens til, at kiropraktorer opfattes som værende en slags læger, forstærkes, hvilket flertallet som nævnt anser for urigtigt og uheldigt.

Som følge af de vanskeligheder, der er konstateret vedrørende spørgsmålet om en afgrænsning af de sygdomme, som kiropraktorer skulle være berettiget til at behandle, må udvalgets flertal anse det for urigtigt, om denne gruppe behandlere blev anerkendt inden for sygdomsbekæmpelsen ved etablering af en egentlig autorisationsordning med ret for offentligt autoriserede kiropraktorer til selvstændigt at tage syge i kur.

3. Kiropraktorers uddannelse.

Den i nærværende afsnit indeholdte stillingtagen til kiropraktoruddannelsen er hovedsagelig baseret på de i kapitel II, 4. og bilag II, F, med underbilag indeholdte oplysninger om uddannelsens indhold og tilrettelæggelse på National College of Chiropractic (N.C.C.) i USA, den læreanstalt, der af kiropraktorerne i udvalget er valgt som eksempel på uddannelsesforholdene.

Udvalgsflertallet erkender, at det har været vanskeligt at foretage en bedømmelse af en uddannelse, der som kiropraktoruddannelsen foregår i udlandet. Bl.a. som følge af, at udvalgets viden om uddannelsesforholdene ved den nævnte amerikanske kiropraktiske læreanstalt har måttet baseres på skriftlige og mundtlige oplysninger, må vurderingen nødvendigvis foretages på et overvejende formelt grundlag.

Ved vurderingen af den amerikanske kiropraktoruddannelse må det erindres, at de i Danmark og andre lande gældende bestemmelser om autorisation af medicinalpersonale med udenlandsk uddannelse er udtryk for en almindelig tendens til at kræve tillægsuddannelse i det land, hvor autorisation søges. Sådanne bestemmelser er motiveret ved viden eller formodning om, at den udenlandske uddannelse er afvigende i forhold til den nationale. For så vidt angår kiropraktoruddannelsen er problemstillingen endnu vanskeligere, da der ingen sammenligningsmulighed foreligger, fordi denne uddannelse kun foregår i udlandet, et synspunkt som også en norsk kommission vedrørende revision af kvaksalverlovgivningen har givet udtryk for, jfr. redegørelsen i kapitel V for retstilstanden i en række fremmede lande.

Det spørgsmål, som udvalget ved sin vurdering af den amerikanske kiropraktoruddannelse må tage stilling til, er, om denne uddannelse kan anses for tilstrækkelig med henblik på at sikre, at en kiropraktor, der har bestået afsluttende eksamen ved en amerikansk kiropraktisk læreanstalt, har erhvervet sådanne kundskaber, at han er i stand til på fyldestgørende måde at stille en diagnose på en patient, der søger kiropraktisk hjælp, uden at patientens lidelse på forhånd er diagnosticeret af en læge, og til herefter, såfremt han skønner, at kiropraktisk behandling er indiceret, at give patienten den på grundlag af den stillede diagnose indicerede kiropraktiske behandling på forsvarlig måde.

Når spørgsmålet om kiropraktorers evne til at stille en diagnose - og til derefter eventuelt at give patienten den rette kiropraktiske behandling - må tillægges afgørende betydning som forudsætning for overvejelserne om etablering af en autorisationsordning, er årsagen hertil den, at det offentlige her - som på andre områder inden for sygdomsbekæmpelsen - har en forpligtelse til at sikre patienterne adgang til en fuldt forsvarlig undersøgelse og behandling.

Det må i denne forbindelse understreges, at det, som ovenfor under 2, B, nævnt, ikke har været muligt nærmere at afgrænse det sygdomsområde, inden for hvilket kiropraktorer anser sig for kompetente og i praksis virker. Uanset at deres arbejdsfelt ikke er sammenfaldende med det område, inden for hvilket læger kan behandle patienter, er det dog, jfr. fremstillingen i kapitel II, 2, B og D, så omfattende i forhold hertil, at det forekommer påkrævet at søge at konstatere, hvorledes kiropraktoruddannelsen forholder sig til den uddannelse, som kræves for at opnå ret til almen lægepraksis i Danmark.

Der har derfor i udvalget været enighed om, at det er nødvendigt at forsøge at foretage en

sammenligning mellem den amerikanske kiropraktoruddannelse og den danske lægeuddannelse, omend de to uddannelser i deres målsætning, omfang, form og indhold er forskellige. Som sammenligningsgrundlag har man valgt kiropraktoruddannelsen ved den nævnte læreanstalt i USA, N.C.C., og lægeuddannelsen med det indhold, den har efter den ny studieordning, der er omtalt i kapitel III, 3, og som ikke stiller større krav til de lægestuderendes viden og kunnen end den ældre studieordning.

Kiropraktoruddannelsen ved den nævnte læreanstalt er 4-årig for danske kiropraktorstuderende, der kan optages, når de har bestået dansk studentereksamen. For amerikanske studerende er 2 års forudgående collegeuddannelse en forudsætning for at opnå praksisret i 28 af de 48 enkeltstater, der anerkender kiropraktisk virksomhed.

Udvalget er, bl.a. ud fra den erkendelse, at den amerikanske lægeuddannelse er vidt forskellig fra stat til stat, og under hensyn til vanskelighederne ved i enkeltheder at få lægeuddannelsen i USA belyst, i enighed afstået fra at foretage en sammenligning mellem lægeuddannelsen og kiropraktoruddannelsen i USA. Det kan dog oplyses, at lægeuddannelsen i USA, inclusive 4 års collegeuddannelse, normalt er af 8 års varighed, hvortil kommer 1 års turnustjeneste.

En sammenligning af kiropraktoruddannelsen med den danske lægeuddannelse kan forsøges foretaget vedrørende uddannelsernes varighed, d.v.s. den normerede studietid, uddannelsernes tilrettelæggelse, herunder undervisningsformer, uddannelsernes indhold, herunder hvilke fag de studerende gennemgår, timetal for de enkelte fag og for uddannelsen som helhed, det benyttede undervisningsmateriale (lærebøger) og de anvendte lærerkræfter.

Efter udvalgsflertallets opfattelse har det betydning for den sammenlignende vurdering, at målsætningen for de to uddannelser er forskellig. Medens lægeuddannelsen, der ikke bygger på en speciel sygdomsteori, har til formål at give de studerende en all-round viden om mennesket, sundt eller sygt, er kiropraktoruddannelsen en ensidig uddannelse, der forudsætter en speciel sygdomsteori og en speciel behandling rettet mod en speciel del af legemet, og uddannelsen har det snævre sigte at uddanne de studerende til at diagnosticere og behandle lidelser, der kan stamme fra unormale tilstande i hvirvelsøjle og bækken.

Lægerne i udvalget har ønsket at bemærke følgende:

Når udvalget sammenligner de to uddannelser, er det for at konstatere, hvilke uddannelsesmæssige krav der i dag stilles af henholdsvis Dansk Kiropraktor-Forening og dansk lægelovgivning, for at kiropraktorer, henholdsvis læger, kan udøve selvstændig virksomhed her i landet inden for deres fag.

Det har derfor ingen interesse at konstatere, at en dansk lægestuderende, efter at have gennemgået det lægevidenskabelige studium, der er normeret til 6V2 år (efter en overgangsperiode 6 år) og bestået medicinsk embedseksamen ifølge lægelovens § 2, stk. 1, kan opnå autorisation som læge (såkaldt »A-autorisation«). En sådan autorisation berettiger ifølge lægelovens § 3 kun til virksomhed i underordnet lægestilling på sygehus, som skibslæge eller som amanuensis hos eller midlertidig stedfortræder for en praktiserende læge.

Det er derimod afgørende at fastslå, at den 1 1964 offentliggjorte betænkning om lægeuddannelsen foreslår, at der til opnåelse af ret til at udøve selvstændig lægevirksomhed (såkaldt »B-autorisation«) udover den nævnte universitetsuddannelse som »basic doctor« skal kræves en videregående uddannelse, omfattende en udvidet praktisk klinisk uddannelse på mindst 2 år samt 2 måneders kursus med teoretisk og klinisk undervisning. Der kræves altså efter forslaget efter bestået studentereksamen godt 8 års uddannelse for at opnå autorisation til selvstændig udøvelse af lægegerning.

Udøvelse af virksomhed som selvstændigt praktiserende læge forudsætter, at den pågældende på tilfredsstillende måde kan vurdere et sygdomstilfælde og derefter stille den diagnose, der er forudsætningen for skønnet om, hvilken behandling der er den rette. Det er derfor uantageligt, at danske kiropraktorstuderende, der kan optages på amerikanske kiropraktiske læreanstalter efter bestået studentereksamen her i landet, ved en uddannelse på 4 år skulle kunne tilegne sig sådanne kundskaber, at der opnås en blot tilnærmelsesvis betryggende sikkerhed for, at de pågældende selvstændigt kan vurdere sygdomstilfælde og stille diagnoser, herunder differentialdiagnoser[3]), med deraf følgende mulig-

[3]) Adskillelse mellem forskellige sygdomme med beslægtede symptomer.

hed for at kunne vejlede patienter på den rette måde. Hertil kommer, at det må fastholdes, at der i kiropraktorers 4-årige uddannelse indgår en speciel uddannelse i kiropraktik, som skønsmæssigt beslaglægger ca. V4 af timetallet, hvilket medfører, at den kiropraktiske uddannelse for så vidt angår grunduddannelse og klinisk uddannelse med henblik på almen sygdomslære og diagnostik samt kendskab til forebyggelse og behandling af sygdomme må gennemføres på ca. 3 år.

Flertallet har bemærket, at kiropraktorerne i deres forslag til en autorisationsordning har foreslået, at kiropraktorer, før de kan autoriseres af det offentlige, skal forrette 1 års praktisk tjeneste hos en praktiserende kiropraktor, og at der allerede på nuværende tidspunkt kræves *1/t* års praktisk tjeneste som forudsætning for autorisation af Dansk Kiropraktor-Råd. Flertallet finder ikke anledning til at kommentere disse oplysninger nærmere, men erkender, at kiropraktorernes samlede uddannelse som forudsætning for ret til selvstændig virksomhed *efter forslaget* er 5-årig, sammenholdt med den 8-årige uddannelse, som kræves for at opnå ret til selvstændig lægepraksis.

Det må endvidere fremhæves, at en læge, der efter universitetsuddannelsen ønsker at opnå autorisation som speciallæge, må gennemgå yderligere 6-8V2 års uddannelse. Opnåelse af autorisation som speciallæge forudsætter altså i alt 12-14½ års uddannelse, medens en dansk kiropraktor i dag afslutter sin uddannelse, som forudsætning for at yde special behandling af syge her i landet, på 4½ år.

Kiropraktorerne finder ikke, at det er forsvarligt at foretage en sammenligning mellem de to uddannelser på basis af de normerede studietider, og henviser i denne forbindelse til, at kiropraktoruddannelsen foregår i USA efter de for højere undervisning dér gældende principper. Dette skulle medføre, at uddannelsen er mere koncentreret, skolemæssig og tidsmæssigt kortere, end det er almindeligt for tilsvarende uddannelse i Europa. Forskellen på de to uddannelsers varighed er derfor ikke i sig selv noget bevis for, at kiropraktorer skulle være ringere udrustet til at stille diagnoser end en dansk cand. med. (læge).

Lægerne i udvalget bemærker hertil, at det er muligt, at den frie studieform ved danske universiteter resulterer i, at den normerede studietid i en del tilfælde overskrides. Imidlertid viser erfaringen fra den medicinske undervisning, at det ikke er muligt at afkorte studietiden. Den frie studieform er i øvrigt udtryk for det synspunkt, at de studerende ved gennemgangen af større stofområder oplæres i fagets metoder, medens det øvrige overlades til selvstudium. Det kan ikke antages, at den uddannelse, som kræves for at blive berettiget til selvstændig udøvelse af lægevirksomhed her i landet, indholdsmæssigt kan ligestilles med den 4½-årige kiropraktoruddannelse, jfr. i øvrigt nærmere nedenfor.

Lægerne har endvidere givet udtryk for, at det ikke kan have noget formål at foretage en sammenligning af de samlede timetal for den amerikanske kiropraktoruddannelse og den danske lægeuddannelse, da en sådan sammenligning ikke giver noget grundlag for at vurdere uddannelserne.

På grund af forskellen i uddannelsernes målsætning, de fag, hvori der undervises, og undervisningsformen er det heller ikke muligt at foretage en direkte sammenligning af de fag, der indgår i uddannelserne.

Lægerne finder det af betydning at bemærke, at 2. delsfagene, de kliniske fag, er af afgørende betydning for uddannelsen. De foreliggende oplysninger om kiropraktoruddannelsen viser klart, at der fagligt set er en grundlæggende og for spørgsmålet: mulighed for at stille diagnoser afgørende forskel på de to uddannelser: Kiropraktorstuderende modtager i en række medicinske discipliner ikke nogen egentlig klinisk undervisning i lægelig forstand, således bl.a. ingen undervisning i de to grunddiscipliner intern medicin og kirurgi, hvilket skyldes, at de studerende ikke undervises af læger eller på et egentligt hospital, hvor et almindeligt udsnit af forekommende sygdomme behandles. Patientmaterialet ved klinikkerne under den af kiropraktorerne fremhævede kiropraktiske læreanstalt National College of Chiropractic — og formentlig ved andre kiropraktiske læreanstalters klinikker - omfatter således udelukkende ikke-hospitaliserede patienter, hvilket formentlig også må gælde de patienter, der indgår i den i studieplanen for N.C.C. anførte undervisning i f.eks. obstetrik og gynækologi. Endvidere fremgår det af N.C.C.'s egne oplysninger, at kun 3 % af patienterne på N.C.C.'s klinikker i 1965 fandtes at burde henvises til andre »practitioners« (behandlere) end kiropraktorer. Såfremt klinikkernes klientel repræsenterede et

normalt udsnit af en befolknings patienter, ville det være aldeles usandsynligt, at 97 % af patienternes behandlingsbehov var kiropraktisk.

Det må også anføres, at farmakologi ikke er undervisningsfag i kiropraktoruddannelsen, trods fagets betydning, bl.a. som led i almindelige diagnostiske overvejelser, og at undervisning i toxikologi ikke kan erstatte denne mangel.

For så vidt kiropraktorerne har henvist til, at det ved en sammenligning af lærebogsfortegnelser for de to uddannelser kan sluttes, at de kiropraktorstuderende undervises i tilsvarende stofområder som de lægestuderende, må det anføres, at det ikke er muligt på grundlag af en sådan sammenligning at drage nogen slutning om uddannelsernes værdi, da lærebøger ikke kan anskues isoleret, men må ses i sammenhæng med undervisningen som helhed, herunder hvilke krav der stilles til lærebøgernes indhold som egentligt lærestof og de ved undervisningen benyttede lærerkræfter. Nogen reel sammenligning er derfor ikke mulig.

Konklusionen af lægernes opfattelse vedrørende uddannelsesspørgsmålet er, at for så vidt angår den kliniske uddannelse, kvalificerer uddannelsen til selvstændigt praktiserende læge den studerende med henblik på vurdering af sygdomstilfælde og muligheden for at stille rigtige diagnoser. Den uddannelse, de kiropraktorstuderende modtager, kan derimod ikke anses tilstrækkelig til at sætte de færdiguddannede kiropraktorer i stand til med fornøden sikkerhed at foretage korrekte sygdomsvurderinger og dermed stille diagnoser. Det vil derfor ikke være realistisk at forsøge blot delvis at ligestille den kiropraktiske uddannelse med den lægevidenskabelige. Lægerne må tage klar afstand fra den af kiropraktorerne hævdede påstand om, at den kiropraktiske uddannelse er fuldt sufficient som grundlag for at stille diagnoser, ikke mindst differentialdiagnoser, idet det for at opnå denne kyndighed skønnes nødvendigt at have en lægevidenskabelig uddannelse, der indeholder en på virkelig kyndig lægelig lærerkraft baseret indføring i kendskab til et bredt, almindeligt udsnit af sygdomme.

Lægerne vil ikke bestride, at den uddannelse, kiropraktorer modtager i kiropraktik - altså den rent tekniske påvirkning af hvirvelsøjle og bækken - er grundig og solid, og at den for så vidt kvalificerer kiropraktorer til at behandle funktionelle sygdomme og statiske forstyrrelser i ryggens strukturer kiropraktisk. Men det må være en ufravigelig forudsætning, at det sikres, at denne behandling kun foretages, efter at en læge har stillet diagnosen og fundet indikation for kiropraktisk behandling.

De medlemmer af udvalget, der hverken er læger eller kiropraktorer, har ønsket at fremsætte følgende bemærkninger:

Da der er tale om at sammenligne uddannelseskravene til selvstændige behandlere, kommer man ikke uden om at foretage en sammenligning mellem varigheden af de studietider, der er normeret som forudsætning for, at de to grupper kan praktisere selvstændigt her i landet. Uddannelsen til alment praktiserendede læge er efter forslaget til den nye studieordning normeret til ca. 8 år, medens kiropraktoruddannelsen er normeret til $4^1/_2$ år inclusive V2 års praktisk tjeneste hos kiropraktor i Danmark. Hertil kommer yderligere, at det er et faktum, at en væsentlig del af de kiropraktorstuderendes studietid er beslaglagt af uddannelse i specielle kiropraktiske fag. Der er her tale om en speciel uddannelse, i hvilken forbindelse bemærkes, at lægers specialuddannelse foregår *efter* bestået embedseksamen.

Det forekommer også disse udvalgsmedlemmer uantageligt, at kiropraktorstuderende på 4V2 år skulle kunne erhverve tilstrækkelige kundskaber til at sætte dem i stand til at stille diagnoser, når lægestuderende må anvende 8 år[4]).

Under de mange og lange drøftelser af kiropraktorernes forhold har de nævnte udvalgsmedlemmer dannet sig et samlet indtryk af det rimelige i de af kiropraktorerne fremsatte synspunkter.

Disse medlemmer af udvalget finder, at kiropraktorernes vurdering af kiropraktoruddannelsens indhold, sammenholdt med det vide praksisområde, de gør krav på at kunne beherske, har virket meget lidt realitetsbetonet. Kiropraktorernes tilsyneladende overvurdering af kiropraktoruddannelsens værdi sammenlignet med lægeuddannelsens, og ikke mindst deres undervurdering af den egentlige kliniske uddannelse, som læger modtager, har givet de

[4]) I tidsskriftet »Kiropraktik og Sundhed«, nr. 2, 1969, side 12, oplyses, at det 4-årige studium kunne gennemføres, samtidig med at den pågældende kiropraktorstuderende under studiet i Canada uafbrudt havde deltidsarbejde som sygehjælper og laborant, hvilket satte hende i stand til økonomisk at klare studiet.

nævnte udvalgsmedlemmer et for deres vurdering fundamentalt indtryk af, at kiropraktorer overvurderer de muligheder for at deltage i sygdomsbekæmpelsen, som deres uddannelse giver grundlag for.

Flertallets medlemmer er enige om, at ikke mindst lærerkræfternes art og kvalitet er afgørende for undervisningens værdi. Det er selvsagt ikke muligt at foretage nogen reel bedømmelse af kvaliteten, men det må understreges, at medens danske lægestuderende fortrinsvis undervises af læger, er det efter det oplyste ikke almindeligt, at læger deltager i undervisningen på de kiropraktiske læreanstalter. Dette er således ikke tilfældet ved den læreanstalt, der af kiropraktorerne er valgt som eksempel, N.C.C.

Udvalgsflertallet finder at måtte lægge vægt på, at det under gennemgangen af kiropraktorers uddannelse på grundlag af de i bilag II, F, indeholdte oplysninger er konstateret, at kiropraktorer ikke under deres uddannelse på de til N.C.C. knyttede klinikker har modtaget nogen egentlig klinisk uddannelse. De har således ikke haft lejlighed til at deltage i klinisk praksis i almindelighed, forestået og belyst af læger.

Kiropraktorerne har i udvalget fremført, at de fleste af de kiropraktorer, der praktiserer her i landet, har modtaget teoretisk undervisning af læger, og at de på læreanstalternes klinikker har overværet og modtaget undervisning i diagnosticering og behandling af et så bredt udsnit af lidelser, at de har fået et praktisk kendskab til lidelser, der ikke kun skønnes at kunne have deres årsag i rygsøjleunormaliteter. Også denne undervisning er for de flestes vedkommende til dels givet af læger.

Om uddannelsen er det endvidere af kiropraktormedlemmerne oplyst, at de fleste af de kiropraktorer, der udøver virksomhed her i landet, som kiropraktorstuderende har haft lejlighed til at følge diagnosticering af veneriske sygdomme, kræft, tuberkulose og andre smitsomme sygdomme samt forskellige indvoldssygdomme, f.eks. mavesår, nyrelidelser, galdelidelser og leverlidelser. Læger har på nogle læreanstalter deltaget i den nævnte undervisning i diagnosticering, medens behandlingen for de nævnte grupper af lidelser er foretaget andetsteds uden forbindelse med undervisningen, og uden at de kiropraktorstuderende har overværet behandlingen. De studerende har modtaget undervisning i gynækologi og obstetrik, men har ikke som led i undervisningen haft lejlighed til at se eller foretage fødselsindgreb m.v.

Vedrørende disse oplysninger må flertallet henholde sig til de kendsgerninger,

at det i hvert fald ikke er alle kiropraktorer, der har modtaget undervisning af læger, jfr. f.eks. at der ikke findes læger i lærerstaben på N.C.C,

at der ikke foreligger oplysninger om, hvilke læger der har givet undervisning, og om disses kvalifikationer, samt

at det klart fremgår af oplysningerne, at det patientmateriale, der forekommer på N.C.C.'s klinikker, er af ganske speciel karakter.

Af det anførte fremgår, at kiropraktorer under deres uddannelse kun yderst sparsomt bliver undervist i de metoder, som af læger anvendes i sygdomsbekæmpelsen, og at de overhovedet ikke deltager i behandlingen af sygdomme, der skønnes at kunne have anden årsag end unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet.

Flertallet har dannet sig det indtryk, at der under kiropraktoruddannelsen lægges afgørende vægt på, at de studerende allerede under den grundlæggende uddannelse indstilles på den kiropraktiske tankegang, herunder den kiropraktiske teori om sygdomsårsager og sygdomssammenhæng og kiropraktisk praksis. Dette synspunkt er yderligere bestyrket ved den af kiropraktorerne anerkendte definition af kiropraktik, der som anført i kapitel II, I, D, er optaget i arbejdsdirektoratets særtryk »Kiropraktor«, og hvorefter ryggens statiske og funktionelle forhold anses for at have afgørende indflydelse på individets helbredstilstand.

Det forekommer derfor nærliggende at antage, at de studerendes indstilling herved bliver meget ensrettet, idet de opøves i en ganske bestemt vurdering af sygdommes årsager og behandling. En uddannelse med en så speciel indstilling synes yderst betænkelig som basis for at stille korrekte diagnoser og behandle sygdomme ud fra en række mulige sygdomsårsager og på baggrund af en sådan vurdering give den rette behandling. Det må fremhæves, at det i højere dansk uddannelse - herunder lægeuddannelsen - indgår som noget fundamentalt, at de studerende opøves til, for at nå det rigtige resultat, ikke at være forud indtaget i nogen bestemt mulighed.

Som nærmere omtalt i bilag II, F, 4, blev der i 1948 etableret en uddannelse af kiropraktorer

her i landet. Ca. 20 % af de nu praktiserende kiropraktorer, der er medlemmer af Dansk Kiropraktor-Forening, har alene gennemgået denne uddannelse.

Udvalgets flertal bemærker, at det ikke har været muligt at få tilvejebragt dyberegående oplysninger om denne undervisnings indhold. Man har dog bemærket, at den del af uddannelsen, der benævnes »det frie studium«, og som omfattede fagene anatomi, fysiologi, biokemi, neuroselære, hygiejne, bakteriologi og diætetik, foregik derved, at de studerende, der var indskrevet ved det lægevidenskabelige fakultet ved Københavns Universitet, blev tilrådet at følge universitetets forelæsninger i de nævnte fag. I alle disse fag blev de studerende dog manuduceret og eksamineret af en og samme læge.

»Den obligatoriske undervisning« omfattede fysiske og kliniske øvelser, patologi, symptomatologi, røntgenologi, patientundersøgelse og demonstration på en kiropraktisk poliklinik, førstehjælp, kontraindikationer og orientering i grænsefag (ortopædi, obstetrik m.v.) og blev forestået af en og samme læge [5]).

Flertallet må opfatte disse oplysninger således, at der for »det frie studium«s vedkommende ikke foreligger nogen sikkerhed for, at de studerende har overværet universitetets forelæsninger i de nævnte fag. Endvidere må det konstateres, at kun én læge har deltaget i undervisningen, og at de studerende ikke havde adgang til nogen egentlig klinisk uddannelse, forestået og belyst af læger.

Udvalgsflertallet vurderer den ældre danske uddannelse som værende klart utilstrækkelig som grundlag for autorisation.

Kiropraktorerne har i udvalget henvist **til,** at lang tids kiropraktisk praksis her i landet har vist, at der ikke er indtruffet mange skader. Dette forhold sammenholdt med det stigende antal patienter, der søger kiropraktorer, angives at have vist, at kiropraktorer evner at stille diagnoser - og at patienterne har tillid hertil - til trods for, at kiropraktorer ikke har samme adgang som praktiserende læger til at henvise patienter til specielle og mere omfattende undersøgelser på laboratorier, hos speciallæger eller ved hospitalsindlæggelser.

Det bemærkes i denne forbindelse, at det samlede udvalg har vedtaget ikke at søge foretaget en undersøgelse af, i hvilket omfang kiropraktorers virksomhed direkte eller indirekte har voldt skade på patienter.

For så vidt kiropraktorerne - uanset denne vedtagelse - henviser til, at der ikke foreligger oplysninger om mange skader, må flertallet holde for, at denne omstændighed ikke kan tages som bevis for kiropraktorers evne til at kunne stille diagnoser. Hvis man skulle tage den ringe »skadefrekvens« som bevis for, at kiropraktorers uddannelse er fyldestgørende, kunne man med føje drage den samme slutning med hensyn til den sygebehandling, der ydes af »kloge koner« og »kloge mænd«, der, uden at have nogen speciel uddannelse, tager patienter i kur med fuld tillid fra patienternes side. Heller ikke de kloge koners og mænds virksomhed har givet anledning til så mange sager eller graverende forhold, at man har fundet tilstrækkelig anledning til at søge lægelovens frie ret for alle til at tage patienter i kur afskaffet.

Flertallet må i øvrigt nære tvivl om, hvorvidt kiropraktorers uddannelse sætter dem i stand til at kunne vurdere, hvornår og i hvilket omfang patienter bør henvises til mere omfattende undersøgelser på laboratorier, hos speciallæger eller ved hospitalsindlæggelser, og man finder det på baggrund af det om kiropraktorers uddannelse oplyste usandsynligt, at de er sat i stand til at kunne vurdere resultaterne af eventuelt rekvirerede undersøgelser af denne karakter.

Efter en samlet vurdering af de oplysninger om kiropraktorers uddannelse, som udvalget har modtaget, sammenholdt med de foreliggende oplysninger om lægeuddannelsen, er det efter udvalgsflertallets opfattelse indlysende, at de lægestuderende efter endt uddannelse besidder langt større forudsætninger for at kunne stille diagnoser, herunder differentialdiagnoser, end de kiropraktorstuderende.

Det kan, når henses til det meget vide område, inden for hvilket kiropraktorer anser sig for kompetente og i praksis virker, ikke være forsvarligt at acceptere en uddannelse, der er så væsentligt ringere end lægeuddannelsen. Udvalgets flertal finder ikke, at kiropraktoruddannelsen kan give kiropraktorer den fornødne faglige baggrund for at kunne vurdere sygdomstilfælde og derved udelukke muligheden for, at en lidelse kan have anden årsag end unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet, og for at kunne vurdere, om anden behandlingsform bør foretrækkes.

[5]) Jfr. bilag II, F, 4, hvoraf fremgår, at kiropraktorer underviste i røntgenfotografering og analyse af røntgenbilleder samt i særlige kiropraktiske fag.

Udvalgets flertal finder herefter også af denne årsag ikke at kunne anbefale, at der indføres en offentlig autorisationsordning for kiropraktorer, hvorefter der meddeles disse autorisation til på egen hånd at tage syge i kur ved anvendelse af den kiropraktiske behandlingsmetode. En sådan ordning ville, når henses til kiropraktorers meget vide sygdomsområde, kunne give offentligheden en forestilling om, at kiropraktorer har gennemgået en tilsvarende uddannelse som læger. Endvidere kunne det befrygtes, at kiropraktorers mindre omfattende uddannelse og deres specielle indstilling til sygdommes årsager ville medføre, at der blev ydet overflødige behandlinger, hvortil udgifter havde kunnet spares.

Som tidligere anført ville en autorisation til selvstændig virksomhed alene på grundlag af en uddannelse i udlandet være i strid med den praksis, der følges her i landet for så vidt angår autorisation af medicinalpersonale med udenlandsk uddannelse. Det må erkendes, at uddannelser i et nordisk land i vidt omfang anerkendes i de øvrige nordiske lande som grundlag for autorisation, og at der i øvrigt gives personer med udenlandsk uddannelse tidsbegrænset tilladelse til at virke som assisterende medicinalpersonale her i landet. Bortset herfra anerkendes udenlandsk uddannelse som forudsætning for ret til virksomhedsudøvelse her i landet imidlertid kun, såfremt en tilsvarende dansk uddannelse findes, og da kun i forbindelse med - ofte ret omfattende - tillægsuddannelse i Danmark, jfr. redegørelsen i kapitel **III.**

Kiropraktorerne har i udvalget foreslået, at der som betingelse for at opnå offentlig autorisation som kiropraktor under en eventuel autorisationsordning skulle stilles krav om, at den pågældende kiropraktor, efter at have bestået afgangseksamen ved en af det danske undervisningsministerium i samråd med Dansk Kiropraktor-Råd godkendt udenlandsk kiropraktisk læreanstalt samt det pågældende lands kiropraktiske stats- eller provinseksamen, skulle gennemgå en tillægsuddannelse her i landet i form af 1-års assistenttjeneste hos en praktiserende kiropraktor. Efter den 1-årige praktiske tjeneste måtte de bestå en prøve for en kiropraktisk eksamenskommission nedsat af undervisningsministeriet i samråd med Dansk Kiropraktor-Forening.

Kiropraktorernes forslag om etablering af praktisk tjeneste i 1 år hos en praktiserende kiropraktor som forudsætning for offentlig autorisation giver ikke flertallet anledning til at ændre sin vurdering af kiropraktoruddannelsen allerede af den grund, at 1 års praktikanttjeneste vel kan give træning i allerede indlært viden, men ikke kan antages at give et principielt andet eller udvidet kendskab til sygdomme og deres oprindelse.

Etablering af en tillægseksamen for en dansk eksamenskommission sammensat alene af kiropraktorer synes uden interesse. Det ville i øvrigt være overordentlig vanskeligt at opstille eventuelle eksamenskrav, når henses dels til den i forhold til dansk lægeuddannelse meget ringere kiropraktoruddannelse, dels til de forskelle, der må antages at bestå mellem de udenlandske kiropraktiske læreanstalter.

På baggrund af de i kapitel III, 2, og bilag III, B, beskrevne uddannelsesmæssige krav til udenlandske læger som betingelse for, at der gives dem jus practicandi her i landet, må man i øvrigt forudsætte, at kravene om tillægsuddannelse for kiropraktorer - det meget vide praksisområde taget i betragtning — måtte blive meget vidtgående, ja så vidtgående, at det måtte være tvivlsomt, om kiropraktorer ville være interesserede i at gennemgå tillægsuddannelsen for at opnå autorisation. Med henvisning til den af kiropraktorerne foreslåede 1-års tillægsuddannelse som betingelse for offentlig autorisation her i landet, forekommer det i øvrigt flertallet ejendommeligt, at f .eks. en dansk læge kun vil få godkendt 2 år af uddannelsen på en kiropraktisk læreanstalt i USA, jfr. bilag II, F.

Det må også være rimeligt at vurdere, om det samfundsmæssigt kan anses for ønskeligt og påkrævet at søge etableret en dansk tillægsuddannelse - og måske på længere sigt en dansk eller fælles skandinavisk hoveduddannelse - som kiropraktorerne har foreslået. Såfremt behovet for afhjælpning af patienters rygskader kan opfyldes på anden måde, d.v.s. uden at kiropraktorer opnår selvstændig autorisation, må sådanne andre muligheder være at foretrække, forudsat, at patienternes interesser tilgodeses, og at der ikke påføres samfundet øgede udgifter.

Af de nævnte årsager må flertallet fraråde etablering af en tillægsuddannelse.

4. Kiropraktorers virksomhed.

A. Kiropraktorers undersøgelse af patienter.

Kiropraktorers kliniske undersøgelse af patienter med henblik på at finde frem til den

rette diagnose afviger, som i kapitel II, 2, A, anført, principielt ikke meget fra lægers. Som følge af den kiropraktiske teori interesserer kiropraktorer sig dog særlig for »ryggens forhold« og anvender i vid udstrækning røntgenfotografering til supplering af den kliniske og specielle kiropraktiske undersøgelse.

Kiropraktorerne har i udvalget givet udtryk for, at alment praktiserende læger - i hvert fald indtil den senere tid - har overset de sygdomsforårsagende virkninger af unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet (sygdommes opståen ved påvirkninger af nervesystemets funktion), at læger normalt ikke, eller i hvert fald i meget ringe omfang, undersøger eller lægger vægt på hvirvelsøjlens tilstand, og at i øvrigt kun få læger har praktisk erfaring i bedømmelsen af hvirvelsøjlen og de af unormale tilstande i denne eventuelt betingede sygdomme.

Lægerne i udvalget har hertil anført, at danske læger under deres uddannelse undervises i unormaliteter i hvirvelsøjle og bækken. En læge vil derfor ved undersøgelse af en patient, uanset at der måske ikke direkte foreligger symptomer på, at der er unormale tilstande i »ryggen«, være opmærksom på, at også ryggens forhold kan spille ind i sygdomsbilledet. Endvidere deltager danske læger i stigende omfang i specielle kurser i undersøgelsesteknik på dette område, jfr. det nedenfor under 7 anførte, og læger har fornøden uddannelse til at tage stilling til behandling af lidelser, der har forbindelse med unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet.

I øvrigt har lægerne i udvalget givet udtryk for, at kun få af de lidelser, der af kiropraktorer anses for egnede til kiropraktisk behandling, skyldes unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet, jfr. ovenfor 2, A, og at det kun for ganske få lidelser, f.eks. lidelser i hvirvelsøjlens led, er dokumenteret eller sandsynliggjort, at deres årsag er at finde i sådanne unormale tilstande.

Det er ovenfor under 2, A, af udvalgets flertal gjort gældende, at det, når henses til andre mulige sygdomsårsager, er betænkeligt, at kiropraktorer i første række lægger vægt på ryggens forhold ved undersøgelse af en patient.

Flertallet finder at måtte understrege dette forhold. Omend kiropraktorer lægger vægt på at undgå behandling af sådanne sygdomme, hvis behandling ifølge lægeloven er forbeholdt læger, eller sygdomme, for hvilke kiropraktisk behandling er kontraindiceret, er det dog en kendsgerning, at kiropraktorer med udgangspunkt i den nyere kiropraktiske teori om sygdomsårsager og sygdomssammenhæng ved deres undersøgelse af patienter specielt har opmærksomheden henledt på ryggens forhold.

Som anført ovenfor, har kiropraktorerne oplyst, at der i hvirvelsøjlen kan forekomme afvigelser fra det normale, der ikke giver sig udslag i sygdomssymptomer.

Flertallet finder, at der bør tillægges denne oplysning vægt ved vurderingen af kiropraktorers undersøgelse, da man ikke kan se bort fra, at en klinisk undersøgelse og et røntgenbillede, hvorved der er konstateret en sådan »normal« unormalitet, overfor patienten vil kunne anvendes som bevis for, at der er »noget galt« i ryggen, hvilket kan medføre i bedste fald unødvendige behandlinger.

Kiropraktorerne har i udvalget gjort gældende, at medens kiropraktorer foretager røntgenundersøgelse af patienter i oprejst stilling (siddende eller stående), da man ønsker at betragte hvirvelsøjlen under naturlige fysiologiske forhold, d.v.s. under belastning, foretages en lægelig røntgenundersøgelse af hvirvelsøjlen næsten altid af patienten i liggende stilling, fordi læger interesserer sig mere for strukturelle forhold.

Udvalget har i denne anledning rettet henvendelse til Dansk Radiologisk Selskab og til vedkommende fagprofessorer ved Københavns og Århus' universiteter for at få oplyst, hvilken fremgangsmåde der følges, henholdsvis tilrådes fulgt, af røntgenlæger ved undersøgelse af hvirvelsøjlen, og om anden fremgangsmåde tidligere måtte have været anvendt.

Idet flertallet for så vidt angår den nævnte brevveksling henviser til *bilag VI, B*, skal det anføres, at besvarelserne giver udtryk for, at den undersøgelsesteknik, der anvendes, retter sig efter formålet med undersøgelsen. Flertallet finder, at de ved besvarelserne fremkomne oplysninger står i modstrid med kiropraktorernes påstand om, at røntgenundersøgelser foretaget af røntgenafdelingers læger næsten altid foretages af patienter i liggende stilling, og dermed også til påstanden om, at læger i dag mere interesserer sig for hvirvelsøjlens strukturelle forhold.

Som anført i kapitel II, 2, E, forekommer

det, at kiropraktorer anbefaler publikum regelmæssigt at henvende sig til kiropraktor for at få konstateret, om »ryggen« er i orden eller for at få den bragt i orden[6]). Ganske vist gives der anvisning på visse simple prøver, som patienten selv kan foretage til konstatering af, om der er noget unormalt ved hans ryg, men opfordringen er dog holdt i så almindelige vendinger og er i øvrigt fremsat i en sådan sammenhæng, at udvalgets flertal finder anledning til at tage afstand fra den tanke, den er udtryk for. Det må anses for betænkeligt, at kiropraktorer ved en ligestilling af sådanne forebyggende undersøgelser med rutinemæssige tandlægebesøg tilskynder befolkningen til at søge kiropraktor med deraf følgende udgifter. Det bemærkes i denne forbindelse, at det efter det for udvalget oplyste ikke kan udelukkes, at kiropraktorstanden som sådan vil anbefale sådanne forebyggende undersøgelser.

B. Kiropraktorers behandling af patienter.

I overensstemmelse med den kiropraktiske opfattelse, at en rigtigt udført behandling af det rette sted på hvirvelsøjlen eller bækkenet i mange tilfælde kan helbrede eller lindre sygdom, som er forårsaget af unormale fysiologiske forhold i eller omkring hvirvelsøjlen eller bækkenet, uanset om denne giver sig til kende i eller uden for »rygsøjleregionen«, er det særlige ved kiropraktisk behandling anvendelsen af det eller de kiropraktiske håndgreb på hvirvelsøjlen eller bækkenet. Der er da næppe heller tvivl om, at det er denne behandlingsform, offentligheden forbinder med kiropraktik, jfr. det ovenfor under 2, B, anførte.

Det fremgår af redegørelsen i kapitel II, at kiropraktorer som supplement til den særlige kiropraktiske behandling efter omstændighederne ordinerer eller tilråder anden behandling og i vidt omfang vejleder patienten vedrørende dennes levevis.

Uanset, at danske kiropraktorer ikke synes at gøre brug af så mange former for supplerende behandling som amerikanske kiropraktorer, må de foreliggende oplysninger om danske kiropraktorers anvendelse af sådanne behandlingsformer dog, når henses til det meget vide sygdomsområde, inden for hvilket kiropraktorer anser sig for kompetente og i praksis virker, efter udvalgsflertallets opfattelse give anledning til betænkelighed. Dette sammenholdt med oplysningen om, at kiropraktorer giver lokal behandling af ekstremitetsled, indicerer, at kiropraktisk behandling i videre forstand er så omfattende, at der hos patienter skabes den opfattelse, at kiropraktorer er en slags praktiserende læger. I denne forbindelse kan det anføres, at der f.eks. i »Kiropraktik og Sundhed« føres en vidtstrakt kampagne for kiropraktorbehandling, der fremhæves i forhold til lægebehandling.

Vurderingen af kiropraktorers behandling må naturligt ske på baggrund af redegørelsen i kapitel II, 2, B, for indikationsområdet, d.v.s. de lidelser, der af kiropraktorer anses for egnede til kiropraktisk behandling, og på grundlag af oplysningerne i kapitel II, 2, D, om, hvilke lidelser kiropraktorer i praksis behandler.

Det fremgår heraf, at et overordentlig stort antal lidelser kan være - og i praksis gøres til - genstand for kiropraktisk behandling af hvirvelsøjlen og bækkenet. Forudsætningen for, at kiropraktorer anvender denne behandling, er, at de tror, at foreliggende lidelser kan have deres årsager i konstaterede unormale tilstande i de nævnte strukturer, hvorfor kiropraktisk behandling antages at være det mest nærliggende middel til helbredelse eller bedring. Sådan behandling gives, uanset at kiropraktorerne erkender, at de ikke har nogen forestilling om, at lidelser *kun* kan skyldes unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet. Det må i denne forbindelse erindres, at kiropraktorer behandler patienter, uanset om disse forinden har været hos læge for den pågældende lidelse.

Når det således — også af kiropraktorer - erkendes, at en lidelse *kan* have flere årsager, finder udvalgets flertal, at det ville være mere nærliggende og rationelt, om en patient først blev undersøgt og eventuelt behandlet af en læge. Det er sandsynligt, at unødige og udgiftskrævende kiropraktorbehandlinger derved vil kunne undgås.

Det er under udvalgsbehandlingen oplyst, at kiropraktorer påtager sig behandling af patienter, der skønnes på samme tid at have flere lidelser, idet kiropraktorer i så tilfælde alene behandler den lidelse, hvis årsag skønnes at være en unormal tilstand i hvirvelsøjlen og bækkenet, medens patienten måske for en anden lidelse anbefales at søge eller allerede er taget under lægebehandling.

Udvalgsflertallet må mene, at en samtidig

[8]) Kiropraktor H. A. Simonsen i »Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme«s blad »Kiropraktik og Sundhed« nr. 1, 1967, side 6.

behandling af flere lidelser ved forskellige medicinalpersoner er principielt uheldig, medmindre det drejer sig om helt konkret afgrænsede lidelser. Det må i hvert fald være at foretrække, at lægen, hvis uddannelse kvalificerer ham til at foretage en samlet vurdering af sygdomsårsager, tilrettelægger behandlingen.

Lægerne i udvalget har givet udtryk for, at der principielt ikke er nogen forskel på det kiropraktiske håndgreb og den manipulationsbehandling [7]), der anvendes af de læger, der er øvede heri, om end visse læger anvender en lidt anden teknik end kiropraktorer. Lægers kritik retter sig således ikke mod de kiropraktiske håndgreb, men alene mod den kiropraktiske sygdomslære, herunder indikationsområdet, og uddannelsen som forudsætning for at kunne stille diagnoser.

I dag har danske læger i øvrigt i stigende omfang forudsætning for at kunne give manipulationsbehandling på fuldt forsvarlig måde. Dette gælder især speciallæger i fysiurgi samt læger, der har deltaget i de specielle kurser i manipulation, jfr. nedenfor under 7. Endvidere er danske praktiserende læger, der ikke har sådanne forudsætninger, som følge af deres uddannelse kendt med indikationsområdet, således at de kan henvise til en læge, som har den fornødne træning og øvelse i at manipulere.

Lægerne i udvalget har imidlertid ønsket at udtale, at der, ligesom der ikke foreligger noget bevis for, at kiropraktisk behandling af hvirvelsøjlen og bækkenet i mange tilfælde vil helbrede en foreliggende lidelse, ej heller for så vidt angår den manipulationsbehandling, der gives af læger, der er øvede heri, foreligger noget bevis for behandlingens effekt.

Modsat lægers manipulationsbehandling, der finder anvendelse inden for et ret begrænset indikationsområde, fremtræder kiropraktisk behandling som kiropraktorers eneste afgørende middel til helbredelse eller bedring af et meget stort antal lidelser.

Når det tages i betragtning, hvilket indikationsområde kiropraktorer i teori og praksis arbejder med - også her i landet - finder flertallet det på forhånd mindre sandsynligt, at kiropraktisk behandling i et så overordentlig stort antal tilfælde skulle være egnet fremfor andre behandlingsmuligheder, f.eks. lægebehandling.

Der kan inden for kiropraktorers indikationsområde nævnes adskillige lidelser, om hvilke det efter almindelig erfaring må forekomme overvejende sandsynligt, at deres årsag ikke er at finde i unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet, og hvor der derfor må gælde en formodning for, at kiropraktisk behandling ikke er indiceret. Som eksempler skal blot peges på tarmkatar, menstruationsbesvær og astma.

Når henses til lægers uddannelsesmæssige baggrund sammenholdt med kiropraktorers, er det endvidere sandsynligt, at læger har bedre muligheder for at afgøre, hvilke sygdomme der er egnede for kiropraktisk behandling eller manipulationsbehandling. Det må derfor være rigtigt at lægge vægt på det af læger anvendte indikationsområde, der som nævnt er væsentlig snævrere end kiropraktorers, jfr. herom ovenfor under 2, A, og nedenfor under 7.

Der er endelig ikke ført bevis for kiropraktisk behandlings effekt, jfr. redegørelsen i kapitel II, 2, F. At bevis ikke er ført skyldes bl.a., at der ikke er tilvejebragt en kontrolgruppe til sammenligning med de af kiropraktorerne opgivne resultater. Det kan således ikke afgøres, om en lidelse havde fortaget sig helt uden behandling eller ved anden behandling end den kiropraktiske.

Udvalgsflertallet vil som tidligere anført ikke bestride, at unormale tilstande i hvirvelsøjle og bækken, således som det også gøres gældende af læger, i visse tilfælde kan forårsage sygdom, og at der i sådanne tilfælde kan foreligge indikation for anvendelse af kiropraktiske håndgreb. Under forudsætning af, at indikationsområdet afgrænses af læger, d.v.s. at en læge i det konkrete sygdomstilfælde stiller diagnosen, finder udvalgsflertallet det ikke betænkeligt, at behandlingen udføres af en kiropraktor, hvis praktiske uddannelse må antages at give ham de fornødne forudsætninger for at foretage behandlingen.

Derimod finder flertallet det ikke forsvarligt at anbefale, at det offentlige gennem en autorisation af kiropraktorer til selvstændigt at tage patienter i kur anerkender denne ensidige behandlingsform.

5. Sammenligning med retstilstanden i andre lande.

Udvalgets overvejelser om en autorisations-

[7]) Om manipulationsbehandling henvises iøvrigt til »Fysiurgisk diagnostik og terapi« af Ove Bøje, Munksgaard 1969.

ordning har også omfattet de oplysninger om retstilstanden i en række fremmede lande, som er gengivet i kapitel V med bilag.

Det fremgår heraf, at Schweiz er det eneste europæiske land, der har indført offentlig autorisation af kiropraktorer. Autorisation meddeles inden for hver enkelt kanton. Af Schweiz' 22 kantoner har 14 anerkendt kiropraktisk virksomhed og har lovbestemmelser herom. Autorisation gives efter en prøve for en eksamenskommission, og udenlandsk uddannelse anerkendes, da den nævnte prøve, udover 1 års praktisk tjeneste hos en kiropraktor, ikke kræver særlige studier i Schweiz.

Et af den enkelte kanton udfærdiget autorisationsbevis skal godkendes af forbundsstatens myndigheder, der anerkender uddannelse ved 10 amerikanske og canadiske kiropraktiske læreanstalter. Kiropraktorer, der har opnået sådan godkendelse, har siden 1965 været berettigede til at udøve virksomhed for sygekasserne på samme måde som læger.

I USA og Canada er kiropraktisk virksomhed anerkendt ved autorisationsordninger i henholdsvis 48 stater og 7 provinser. Forholdene i disse 2 lande afviger dog så meget fra europæiske forhold, at det ikke er rimeligt at sammenligne, jfr. særligt USA, hvor samfundets sociale omsorg for borgerne afviger fundamentalt fra europæiske - specielt skandinaviske - forhold. Kiropraktorerne i udvalget har da også taget afstand fra det meget vide indikationsområde, disse landes kiropraktorer arbejder med.

Skønt forholdene i Schweiz formentlig minder mere om danske, kommer man næppe uden om, at der findes sådanne afvigelser med hensyn til samfundsstruktur og tilrettelæggelsen af sundhedsforsorgen, at man næppe i højere grad bør lade sig påvirke af de i de schweiziske kantoner givne beføjelser end af de i andre europæiske lande gældende ordninger.

Flertallet finder således ikke, at den omstændighed, at kiropraktisk virksomhed i meget vid udstrækning er anerkendt af det offentlige i Schweiz og i USA og Canada samt i enkelte andre ikke-europæiske lande, med vægt kan anføres til støtte for, at offentlig anerkendelse bør ske her i landet. Det må være overladt til det enkelte lands myndigheder efter de dér foreliggende forhold ud fra sundhedsmæssige og sociale synspunkter at afgøre, om kiropraktisk virksomhed skal anerkendes. Der kan i denne forbindelse henvises til den i bilag V, A, omtalte dom, afsagt i 1965 i Louisiana og stadfæstet i 1966 af USA's højesteret, hvorved det fastslås, at enkeltstaten Louisiana, der er den ene af to enkeltstater, der ikke anerkender kiropraktik, er berettiget til at stille krav om, at en kiropraktor, der ønsker at udøve virksomhed i denne stat, skal have bestået eksamen som læge.

Det kan i øvrigt anføres, at lande, hvis sociale og sundhedsmæssige struktur ligger den danske nær, ikke har anerkendt kiropraktisk virksomhed. Dette gælder f.eks. de øvrige nordiske lande.

Det tilføjes, at udvalget ikke har fundet anledning til at gå ind på de problemer, der måtte knytte sig til en eventuel dansk autorisationsordning for kiropraktorer set i relation til de bestræbelser, der er iværksat eller er under forberedelse vedrørende fælles nordisk arbejdsmarked for medicinalpersonale, jfr. redegørelsen i kapitel **III,** 1, og bilag **III,** B.

6. Kiropraktorernes forslag til en autorisationsordning.

Under udvalgets drøftelser har kiropraktorerne fremsat forslag om, at der gennemføres en autorisationsordning, hvorefter der i lighed med de i Schweiz gennemførte autorisationsordninger meddeles kiropraktorer en offentlig autorisation til — med visse begrænsninger — på egen hånd at tage syge i kur. Forslagets indhold er gengivet i *bilag VI, C.*

Forslagets hovedindhold opfattes af flertallet således:

Kiropraktorers virksomhed skal omfatte undersøgelser af patienter og behandling af funktionsforstyrrelser og smertetilstande, som er betinget af abnorme fysiologiske forhold i hvirvelsøjlens og bækkenets bevægelsesapparat.

Kiropraktorers undersøgelse skal omfatte de diagnostiske forholdsregler af klinisk, neurologisk, kiropraktisk, røntgenologisk og laboratoriemæssig art, der er nødvendige for behandlingen.

Behandlingen skal bestå i manuel korrektion og mobilisation af hvirvelsøjlen og bækkenet med det formål at genoprette normal funktion. Visse former for supplerende behandling, bl.a. manipulationsbehandling af ekstremitetsled, skal dog være tilladt.

Forslaget indeholder forbud mod at give kiropraktisk behandling i en række tilfælde.

Endelig foreslås forbud mod anvendelse af visse behandlingsformer. Det skal f.eks. ikke være tilladt kiropraktorer at anvende receptpligtig medicin.

Kiropraktorerne har ment i forslaget at have foretaget en afgrænsning af det sygdomsområde, som kiropraktorer skulle have ret til at arbejde med i fremtiden. Om flertallets bemærkninger til afgrænsningsspørgsmålet henvises til det ovenfor under *2, B,* anførte.

Til forslaget har flertallet i øvrigt følgende bemærkninger:

Det er efter forslaget den enkelte kiropraktor, der skal skønne over lidelsen og lidelsens årsag, d.v.s. afgøre, om foreliggende funktionsforstyrrelser og smertetilstande er betinget af »unormale tilstande i ryggen«.

En kiropraktor har efter flertallets opfattelse ikke forudsætninger for at udøve dette skøn, jfr. ovenfor under 2, B og 3. Flertallet finder således ikke at kunne tiltræde, at kiropraktorer i praksis vil kunne foretage en afgrænsning af de lidelser, som skulle være genstand for kiropraktisk behandling, idet en sådan afgrænsning kun kan foretages af personer, der har en lægeuddannelse.

Efter forslaget afgør den enkelte kiropraktor selv, hvilke undersøgelser der skal foretages på en patient, og vurderer resultaterne af disse krævende undersøgelser, bl.a. af klinisk, neurologisk, røntgenologisk og laboratoriemæssig art. Udvalgsflertallet finder, at spørgsmålet om, hvilke undersøgelser der er fornødne, og vurderingen af resultaterne ofte forudsætter sådanne lægelige kundskaber, som kiropraktorer efter det om deres uddannelse oplyste ikke kan besidde.

Det må i øvrigt anføres, at de særlige lidelser, der efter forslaget ikke må gøres til genstand for kiropraktisk behandling, ikke er udtryk for nogen mere almindelig begrænsning i det sygdomsområde, som ifølge den kiropraktiske teori og sygdomslære hører kiropraktikken til. De er med uvæsentlige afvigelser et citat af gældende ret, som denne findes udtrykt i lægelovens §§ 24 og 25.

Udvalgets flertal har bemærket, at forslaget med hensyn til undersøgelser af laboratoriemæssig art, som kiropraktorer henholdsvis selv kan udføre eller lade udføre på laboratorium, går videre, end det er almindeligt i Schweiz.

Flertallet finder endvidere at burde fremhæve, at bestemmelsen om undersøgelser som formuleret i kiropraktorernes autorisationsforslag, giver adgang for kiropraktorer til at rekvirere et meget stort antal forskelligartede undersøgelser på laboratorier og sygehuses centrallaboratorier. Bortset fra, at en sådan ret for kiropraktorer vil belaste laboratorierne, kan man efter udvalgsflertallets opfattelse ikke udelukke, at en almindelig ret for kiropraktorer til at rekvirere undersøgelser vil medføre, at der bliver foretaget et stort antal overflødige undersøgelser, dels fordi der vil kunne blive tale om gentagelse af undersøgelser, foretaget af eller gennem patientens læge, dels fordi kiropraktorers uddannelse som nævnt ikke skønnes tilstrækkelig til at sikre, at de kan udvælge de for det enkelte tilfælde fornødne undersøgelser.

Det bemærkes, at kiropraktorer i Schweiz ikke er berettiget til at foreskrive medicin, derunder ikke-receptpligtige præparater.

Til kiropraktorernes autorisationsforslag kan i øvrigt bemærkes, at det forudsætter en dansk anerkendelse af udenlandsk uddannelse og dansk tillægsuddannelse, hvilket, da der ikke findes nogen tilsvarende dansk uddannelse, efter de ovenfor under 3 anførte synspunkter ville være et brud med gældende praksis på dette område og, for så vidt angår tillægsuddannelsen, uhensigtsmæssigt.

Udvalgets flertal kan under henvisning til de anførte synspunkter ikke anbefale det af kiropraktorerne fremsatte forslag.

7. Manuel medicin.

Under udvalgets drøftelser har kiropraktorerne, som ovenfor under 4 omtalt, givet udtryk for, at danske læger ved undersøgelse af patienter ikke har opmærksomheden tilstrækkelig henledt på, at unormale tilstande i hvirvelsøjle og bækken kan være årsag til sygdomme eller sygdomssymptomer.

Lægerne i udvalget har heroverfor gjort gældende, at danske læger selvsagt medinddrager ryggens forhold i deres overvejelser, også når de bliver stillet overfor en lidelse, hvis symptomer måske ikke direkte peger på, at der kan foreligge unormale tilstande i hvirvelsøjle og bækken.

Når læger i en længere årrække stillede sig skeptisk overfor værdien af den specielle manipulationsbehandling, som kiropraktorer udøver, må det bl.a. ses på baggrund af den gamle kiropraktiske teori om én sygdomsårsag og én

behandlingsform, en lære, som læger ud fra deres medicinske viden måtte tage afstand fra. Lægerne mener dog nu, som ovenfor under 2, A, anført, på baggrund af deres erfaringer at kunne slutte, at manipulationsbehandling kan virke i en række tilfælde, hvor der er tale om hvirvelforskydninger. Endvidere kan manipulationsbehandling have en mere eller mindre universel virkning på centralnervesystemet ved afspænding (psykisk og/eller muskulært). Endelig kan der - som ved andre behandlingsformer - være tale om en suggestiv effekt. Det må understreges, at læger lægger afgørende vægt på, at manipulationsbehandling kun gives, såfremt sådan behandling ikke er kontraindiceret.

Danske lægers interesse for manuel medicin og for de diagnostiske og behandlingsmæssige problemer i forbindelse hermed har ført **til,** at de i samarbejde med læger i de øvrige nordiske lande har stiftet »Nordisk Forening for Manuel Medicin«. Foreningens formål er bl.a. ved afholdelse af kurser, foredrag m.v. at uddanne interesserede læger i manipulationsbehandling.

Udvalget har fra bestyrelsen i foreningens danske sektion, der består af 2 praktiserende læger og 3 speciallæger i fysiurgi, modtaget en række oplysninger om foreningen. Disse oplysninger er i hovedtræk gengivet i *bilag VI, D.*

Bestyrelsen understreger som noget væsentligt den omstændighed, at læger i kraft af deres uddannelse er øvet i at stille diagnoser og differentialdiagnoser, hvilket er forudsætningen for at kunne afgøre, om et foreliggende sygdomstilfælde er egnet for manuel terapi, eller anden behandling skønnes indiceret.

Bestyrelsen oplyser endvidere, at foreningen ikke ved sine kurser har haft bistand af kiropraktorer, og at man tager afstand fra den kiropraktiske teori.

Udvalgets flertal finder at den danske lægeuddannelse sikrer, at læger er i stand til at vurdere, om manipulationsbehandling er indiceret. Dette faktum sammenholdt med oplysningerne om lægers muligheder for at opfylde patienters behov for afhjælpning af »rygskader« bør haves for øje, når det skal afgøres, om det er ønskeligt og påkrævet at etablere en autorisationsordning for kiropraktorer.

Når henses til de vanskeligheder i form af krav til kiropraktorers uddannelse, som en autorisationsordning må antages at medføre, jfr. det ovenfor under 3 anførte, og også til de dermed forbundne udgifter, må det ud fra samfundsmæssige synspunkter være rimeligt at undlade at etablere en ny gruppe af autoriserede behandlere, når det må antages, at læger er - og i stigende omfang vil blive — i stand til at opfylde patienters behov på dette område.

I anledning af kiropraktorernes fremhævelse af, at læger for sent i moderne tid har lagt vægt på muligheden af lidelsers forbindelse med unormaliteter i hvirvelsøjlen og bækkenet og det hensigtsmæssige i manipulationsbehandling, må udvalgsflertallet udtale, at det ikke kan benægtes, at lægers indsats i så henseende er tidsmæssigt sen. Denne opfattelse giver dog intet holdepunkt hverken for en anerkendelse af kiropraktorers uddannelse og deres vidtgående teorier eller for at betvivle, at den indsats, der nu gøres af læger, vil bringe sådanne resultater, at kiropraktorvirksomhed må antages at få aftagende betydning. Flertallet må også af denne grund anse det for urigtigt at lægge op til en anerkendelse af selvstændig kiropraktorvirksomhed.

8. Oplysninger over for offentligheden om kiropraktisk behandling.

I udvalgets drøftelser er indgået artikler om kiropraktik, herunder artikler i landsforeningens tidsskrift, »Kiropraktik og Sundhed«. De pågældende artikler belyser den indstilling, kiropraktorer lægger vægt på at slå fast over for offentligheden med hensyn til deres virksomhed. Artiklerne, der er bestemt til, eller som må antages at komme til kundskab i vide kredse af befolkningen, indeholder bl.a. oplysninger om påståede helbredelses- eller bedringsresultater efter kiropraktisk behandling.

I en ugebladsartikel gør kiropraktor Simonsen, der er medlem af udvalget, gældende, at kiropraktorers chancer for at helbrede eller bedre hovedpine ved kiropraktisk behandling er 90 %, og at der tilsvarende ved behandling af diskusprolaps uden lammelser er en »helbredelsesprocent« på 85. Om end det indrømmes, at der er sygdomme, for hvilke kiropraktisk behandling intet kan udrette, gøres det gældende, at kiropraktorer i mangfoldige tilfælde har kureret lidelser, som af læger er opgivet som uhelbredelige. Som eksempel nævnes, **at** kiropraktisk behandling har helbredt en yngre patient, der var lam, og hvis syn var svækket. Den af en læge stillede diagnose var (uhelbredelig) dissemineret sklerose.

I »Kiropraktik og Sundhed« [8]) anbefaler kiropraktor Simonsen kiropraktisk behandling for bronchial astma, hvor der for 73,5 % af tilfældene opgives tilfredsstillende resultater. Kiropraktisk behandling anbefales også fremfor fysiurgisk behandling med varme og massage for smerter i arme og hænder (brachialgi), hvis årsag angives at være en skævhed i ryggen, der konstateres ved røntgenfotografering.

For lumbago anbefales kiropraktisk behandling — hurtigst muligt - i 9 af 10 tilfælde. Også for ischias anbefales kiropraktisk behandling.

En artikel af kiropraktor Simonsen peger på, at børns ryg og særlig nakkehvirvelsøjlen kan beskadiges ved fødslen eller ved uheld i de første leveår, hvilket kan forårsage forskellige sygdomme som krampe, eksem, mavekrampe, bronchitis og astma, der angiveligt kan helbredes eller bedres ved kiropraktisk behandling.

Udvalgets flertal må tage afstand fra de i de nævnte artikler fremførte generelle påstande, når henses til de indvendinger, der af flertallet er fremført mod den kiropraktiske sygdomslære, kiropraktorers uddannelse og værdien af kiropraktisk behandling.

9. Synspunkter fremført af »Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme« og flertallets bemærkninger hertil.

Som anført i kapitel I anbefaler »Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme«, at der indføres en autorisationsordning for kiropraktorer. Foreningen gik i sin henvendelse til indenrigsministeriet ud fra den antagelse, at autorisation var en nødvendig forudsætning for, at sygekasser kunne yde tilskud.

Landsforeningens formål er at udvirke

a) at kiropraktik anerkendes som en selvstændig disciplin inden for sundhedsvæsenet,
b) at de statsanerkendte sygekasser yder tilskud til kiropraktorbehandling hos de af myndighederne anerkendte kiropraktorer,
c) at den kiropraktiske uddannelse fastsættes ved lov,
d) at der gives støtte til kiropraktisk forskning samt
e) i øvrigt at yde støtte til formål, der kan fremme kiropraktikken og yde patienter hjælp til kiropraktorbehandling.

Landsforeningen har ca. 42.000 medlemmer og optager som medlem enhver, der er fyldt 15 år, og som går ind for foreningens formål, altså ikke blot patienter. Det er for udvalget oplyst, at der hos praktiserende medlemmer af Dansk Kiropraktor-Forening findes blanketter til brug ved indhentelse af nærmere oplysninger med henblik på senere indmeldelse i landsforeningen.

Formanden for foreningen har, som nævnt under 2, B, haft adgang til overfor udvalget at redegøre for foreningens synspunkter, der kan sammenfattes således:

Foreningen har den opfattelse, at et større antal sygdomme, end det erkendes af lægevidenskaben, står i nøje forbindelse med unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet og følgelig kan påvirkes ved speciel behandling af disse strukturer.

Hensynet til patienterne taler for, at kiropraktorer opnår offentlig autorisation til selvstændigt at tage patienter i kur. Patienterne har ved egen erfaring konstateret den gunstige virkning af kiropraktisk behandling, og der foreligger mange eksempler på, at kiropraktisk behandling har helbredt eller bedret lidelser, for hvilke patienter tidligere uden resultat har søgt lægebehandling.

Endvidere bevirker behandling hos kiropraktor særdeles ofte, at patienten helbredes eller bedres langt hurtigere end ved behandling hos læge eller på hospital ved anvendelse af traditionel fysiurgisk eller anden lægebehandling. Kortere sygdomsperioder for den enkelte giver store samfundsmæssige besparelser i form af færre sygedage på arbejdsmarkedet.

Den nuværende ordning, hvorefter anerkendte sygekasser ikke kan yde tilskud til medlemmers behandling hos kiropraktor, således som tilskud ydes til lægebehandling, bevirker, at størstedelen af befolkningen af økonomiske grunde afskæres fra at få den for deres lidelser rigtige behandling[9]).

Den uddannelse, kiropraktorer har modtaget, kvalificerer de her i landet praktiserende medlemmer af Dansk Kiropraktor-Forening til den virksomhed, de i dag udøver. Bl.a. er kravene i 1. dels studiet i USA ganske på linje med amerikanske lægestuderendes 1. del. Erfaringen

[8]) Nr. 2, 1967, side 4, nr. 3, 1967, side, 3, nr. 4, 1967, side 6, nr. 5, 1967 side 4 og nr. 1, 1968, side 7.

[9]) Udtalelsen er fremsat før socialministeriets skrivelse af 11. april 1969, der er omtalt i kapitel IV, 4, og gengivet i bilag IV, F.

har da også vist, at der har foreligget meget få tilfælde af skader som følge af kiropraktisk behandling. Med henblik på yderligere sikring af patienterne bør for nye kiropraktorers vedkommende for fremtiden kræves tillægsuddannelse i Danmark i overensstemmelse med det forslag herom, som er fremsat af kiropraktorerne, jfr. ovenfor under 6.

Området for kiropraktorers virksomhed bør fastsættes i overensstemmelse med den i kanton Neuchâtel i Schweiz gældende ordning, jfr. *bilag VI, E,* således at kiropraktorer kommer til at udgøre en selvstændig profession med begrænset kompetence, såvel hvad angår undersøgelse som behandling af patienter.

Foreningen finder, at kiropraktorers uddannelse er fuldt tilstrækkelig til, at de kan stille en diagnose, og at der derfor ikke af hensyn til patienterne er noget behov for at forlange lægers medvirken. Et krav om lægehenvisning vil endvidere påføre patienter og læger unødig ulejlighed og påføre patienter udgifter til lægebesøg, ligesom det vil kunne befrygtes, at en ordning baseret på behandling efter lægehenvisning vil medføre store vanskeligheder for kiropraktorer, da læger erfaringsmæssigt er - og i fremtiden må antages at være - meget tilbageholdende med at henvise patienter til kiropraktisk behandling. I øvrigt betvivles det, at læger har tilstrækkelig viden og erfaring om ryggens forhold til i det fornødne omfang at kunne henvise patienter til kiropraktisk behandling.

Efter foreningens opfattelse har danske læger ikke tilstrækkelig uddannelse og erfaring til at kunne give den særlige behandling af hvirvelsøjle og bækken — manipulationsbehandling — da forudsætningen for at kunne give denne behandling må være en kiropraktisk uddannelse. De af danske og andre nordiske læger etablerede kurser i manuel medicin - manipulation - der er udtryk for, at læger »ad bagvejen« anerkender den kiropraktiske teori, forekommer ikke betryggende fra et patientsynspunkt. De korte kurser, som læger gennemgår i manipulationsbehandling, kan ikke antages at give dem et forsvarligt grundlag for at foretage disse behandlinger.

Under en eventuel autorisationsordning vil foreningen kunne acceptere, at sygekassernes medlemmer kun får ret til begrænset tilskud til kiropraktisk behandling svarende til den grænse, der ifølge sygeforsikringsloven gælder for tilskud til tandlægehjælp i kommuner med skoletandpleje (minimum: halvdelen af udgiften).

Uanset, at de synspunkter, som »Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme« har fremført, for en stor del er behandlet og imødegået ovenfor, finder udvalgets flertal det fornødent på dette sted at kommentere det af foreningen fremførte, idet der dog, så vidt angår spørgsmålet om sygekassernes mulighed for at kunne yde støtte til medlemmers behandling hos kiropraktor, henvises til det i kapitel IV og det nedenfor under 10 anførte.

Foreningens hovedsynspunkt, at et større antal lidelser end af læger antaget kan skyldes unormale tilstande i hvirvelsøjlen og bækkenet, og at kiropraktisk specialbehandling derfor er midlet til at helbrede eller lindre et meget stort antal lidelser, er sammenfaldende med den kiropraktiske teori om sygdomsårsager, der er imødegået ovenfor under 2, A.

Den omstændighed, at et større eller mindre antal patienter måtte have erfaring for, at helbredelse eller bedring er indtrådt efter kiropraktisk behandling, kan ikke generelt føre til offentlig anerkendelse af denne behandlingsform. At helbredelse eller bedring af patienten skønnes indtrådt, kan som ved andre behandlingsformer, f.eks. lægebehandling, have andre årsager, jfr. ovenfor under 2, A. Patienters opfattelse af behandlingsresultatet, herunder indtrykket af et hurtigere resultat end ved lægebehandling, kan efter udvalgsflertallets opfattelse af de nævnte grunde ikke være afgørende.

Flertallet vil dog, som tidligere anført, ikke bestride, at der inden for begrænsede områder foreligger lidelser, hvor kiropraktisk behandling kan være indiceret, og hvor det derfor heller ikke kan udelukkes, at sådan behandling, uanset at bevis herfor ikke kan føres, kan medføre helbredelse eller bedring på kortere tid, end det ville være tilfældet ved anvendelse af anden form for behandling, herunder lægebehandling. I øvrigt må flertallet for så vidt angår spørgsmålet om kiropraktisk behandlings hurtigere effekt end lægebehandling henvise til det i kapitel II, 2, F, c, og bilag II, D, anførte, hvoraf fremgår, at man ikke har kunnet acceptere en amerikansk undersøgelse på dette område som bevis.

Under henvisning til den ovenfor under 3 foretagne vurdering af kiropraktoruddannelsen må flertallet - særlig for så vidt angår spørgs-

målet om diagnosestilling - tage afstand fra landsforeningens opfattelse af uddannelsens tilstrækkelighed til offentlig anerkendelse af kiropraktorer som selvstændige behandlere.

Man finder det vigtigt at understrege, at det ikke kan forventes, at befolkningen skulle være i stand til at kunne bedømme indholdet af kiropraktorers uddannelse, hverken isoleret eller set i forhold til lægers. Under hensyn til, at kiropraktorers uddannelse er væsentlig ringere end den danske lægeuddannelse og utilstrækkelig i forhold til deres vide praksisområde, vil det være uforsvarligt over for befolkningen at anerkende kiropraktorer som selvstændige behandlere.

Når det af landsforeningen gøres gældende, at en ordning, hvorefter det offentlige kun anerkender kiropraktorer til at tage patienter i kur efter lægehenvisning, vil påføre patienter unødig ulejlighed og unødige udgifter til lægebesøg, finder flertallet anledning til at bemærke, at det må være afgørende for det offentlige, at der sikres patienter adgang til den bedst mulige undersøgelse og behandling. Man skønner derfor, at det er i patienternes interesse, at andre mulige sygdomsårsager i det konkrete tilfælde udelukkes af lægen, der har den dertil fornødne uddannelse. Lægens undersøgelse vil ikke blot kunne afsløre eller sandsynliggøre andre sygdomsårsager, men vil også kunne medvirke til, at patienter ikke hos kiropraktorer får foretaget unødvendige og udgiftskrævende undersøgelser og behandlinger.

Landsforeningens udtalelse om, at læger skulle være tilbageholdende med at henvise patienter til kiropraktisk behandling, må efter flertallets opfattelse sammenholdes med, at et af udvalgets kiropraktormedlemmer har oplyst, at ca. 50 % af hans patienter henvender sig hos ham med en læges indforståelse.

Landsforeningens forslag om, at kiropraktorers virksomhedsområde under en eventuel autorisationsordning afgrænses på samme måde, som det er sket i kanton Neuchâtel i Schweiz, giver udvalgsflertallet anledning til bl.a. at henvise til det ovenfor under 2, B, anførte, hvoraf fremgår, at det ikke har været muligt at opstille nogen praktikabel afgrænsning af sygdomsområdet, hvilket flertallet anser som en nødvendig forudsætning for autorisation. Den nævnte schweiziske afgrænsning opfylder ikke denne forudsætning.

Når det endelig af landsforeningen gøres gældende, at danske læger, herunder læger, der har gennemgået særlige kurser i manipulation, i almindelighed savner forudsætning for at kunne vurdere og behandle de lidelser, kiropraktorer behandler, må det fremhæves, at de for udvalget foreliggende oplysninger giver et andet indtryk af lægers viden og muligheder på dette område, jfr. det ovenfor under 7 anførte.

»Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme« anfører, at det afgørende må være at sikre patienterne forsvarlig behandling af deres rygskader, d.v.s. efter foreningens opfattelse behandling foretaget af kiropraktorer, der har den dertil fornødne uddannelse, og som er anerkendt af Dansk Kiropraktor-Forening.

Udvalgets flertal er af den opfattelse, at det må være afgørende, at der så vidt muligt stilles en korrekt diagnose, og at dette bør overlades til en læge.

»Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme« giver udtryk for den opfattelse, at kiropraktisk behandling er særlig egnet for ryglidelser. Foreningen anbefaler desuagtet, at kiropraktorers virksomhedsområde under en eventuel autorisationsordning afgrænses på lignende måde som i Schweiz, hvorved området, også efter danske kiropraktorers opfattelse, ville komme til at svare til det virksomhedsområde, kiropraktorer her i landet i dag arbejder med, og som ikke er begrænset til ryglidelser.

Udvalgsflertallet finder ikke, at landsforeningens indstilling er konsekvent, og må anse det for tvivlsomt, om der i befolkningen er den samme opfattelse af, hvilket sygdomsområde der bør være undergivet kiropraktorers virksomhed. Såfremt der dog i befolkningen måtte eksistere en sådan videregående tiltro til kiropraktorers muligheder, må dette i væsentlig grad skyldes dels manglende kendskab til omfanget af kiropraktorers uddannelse i forhold til lægers, dels de oplysninger, der tilgår offentligheden om kiropraktik, og som mere eller mindre fremhæver kiropraktikken på lægevidenskabens bekostning, jfr. det ovenfor under 8 anførte.

10. Andre muligheder for at anvende den kiropraktiske behandlingsmetode som led i sygdomsbekæmpelse.

Udvalgets overvejelser med henblik på, hvorvidt og i bekræftende fald på hvilke nærmere betingelser der bør gennemføres en autorisationsordning for personer med uddannelse i

kiropraktisk behandling til selvstændigt at tage patienter i kur, er, som det fremgår af foranstående redegørelse, resulteret i, at udvalgets flertal ikke kan anbefale, at en sådan ordning søges gennemført.

Flertallet er imidlertid af den opfattelse, at den kiropraktiske behandlingsmetode, anvendelsen af de kiropraktiske håndgreb på hvirvelsøjlen eller bækkenet, er så afgrænset og så indøvet af kiropraktorer, der har lært denne behandlingsmetode ved de af Dansk Kiropraktor-Råd anerkendte kiropraktiske læreanstalter, at det bør overvejes, om der inden for dansk medicinal- og sociallovgivning kan etableres mulighed for, at behandlingsmetoden udnyttes i patientbehandlingen på en sådan måde, at sygekasser og fortsættelsessygekasser helt eller delvis dækker et medlems udgifter til sådan behandling.

Den kiropraktiske behandling, som flertallet kan tænke sig udnyttet i patientbehandlingen med den anførte adgang til dækning af udgifter, er *alene* den behandling, der består i anvendelse af de kiropraktiske håndgreb. Uden for falder andre former for behandling, som i dag anvendes af kiropraktorer: Behandling af ekstremitetsled og forskellige supplerende behandlingsformer.

Det må efter flertallets opfattelse være en forudsætning, at der kun ydes støtte til kiropraktisk behandling af hvirvelsøjle eller bækken til patienter, der er henvist til sådan behandling af en læge, og at en kiropraktor, der efter lægehenvisning giver en patient kiropraktisk behandling, ikke i forbindelse hermed giver den pågældende patient anden behandling end den, lægehenvisningen dækker. Dette betyder, at vedkommende kiropraktor, når han behandler en patient efter lægehenvisning, for denne patients vedkommende har fraskrevet sig sin almindelige ret til at tage syge i kur.

Lægen må, før patienten henvises til kiropraktisk behandling, forudsættes at have foretaget fornødne kliniske undersøgelser, herunder laboratorieundersøgelser og røntgenundersøgelser. Det forudsættes, at gentagelse af sådanne undersøgelser undgås. Lægen må samtidig med henvisning af patienten underrette kiropraktoren om resultatet af sine undersøgelser. Skønner kiropraktoren, at yderligere undersøgelser er påkrævet, før kiropraktisk behandling eventuelt gives, må sådanne undersøgelser kun foretages efter aftale med den henvisende læge. Støtte til udgifter til undersøgelser, der ikke er aftalt med den henvisende læge, bør ikke kunne ydes.

En kiropraktor må, når en patient er henvist til ham af en læge, vurdere, om han finder tilfældet egnet for kiropraktisk behandling, og selv afgøre, hvilke håndgreb han finder bedst egnet i det foreliggende tilfælde. Den pågældende kiropraktor må herefter selvstændigt have såvel det strafferetlige som det erstatningsmæssige ansvar for sin behandling af patienten.

Kiropraktorens undersøgelse og behandling af en lægehenvist patient må foretages i kontinuation af lægens ordination, og det må påhvile kiropraktoren at underrette lægen om den givne behandling.

Det må ved gennemførelsen af en ordning som den foreslåede være fornødent, at der indgås overenskomst mellem Dansk Kiropraktor-Forening og sygekasserne. Nogen autorisationsordning findes ikke påkrævet. Udvalgets flertal ønsker i denne forbindelse at bemærke, at man ikke er enig med kiropraktorerne i, at det under en henvisningsordning er påkrævet til sikring af patienternes krav om forsvarlig kiropraktisk behandling at indføre autorisation af kiropraktorer. Patienternes interesse vil blive tilgodeset derved, at sygekasser og fortsættelsessygekasser alene vil kunne yde støtte til behandling hos medlemmer af Dansk Kiropraktor-Forening.

Lægelovens § 14, stk. 2, er ifølge den i kapitel IV af flertallet anlagte fortolkning ikke til hinder for en ordning som den foreslåede.

Heller ikke lægelovens andre bestemmelser, derunder lovens §§ 18 og 19, vil direkte eller indirekte være til hinder for ordningen [16]).

Særlig med hensyn til § 19 gør sig det forhold gældende, at en læges handlemåde for at være angribelig forudsættes at være vildledende, derved at lægen bibringer almenheden en *urigtig* forestilling om sin forbindelse med — i dette tilfælde - kiropraktoren. En sådan situation vil ikke foreligge efter den foreslåede ordning.

Herudover må det fremhæves, at flertallets forslag

dels indeholder den betingelse, at den kiro-

[10]) Lægelovens §§ 18 og 19 er sålydende:

§ 18: Den læge, der gør sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald, straffes med bøde eller hæfte.

§ 19: På samme måde straffes den læge, der træder i samarbejde med lægfolk, som tager syge i kur, på en måde, der er egnet til at bibringe almenheden den urigtige forestilling, at behandlingen sker efter lægens anvisning eller på hans ansvar.

praktor, til hvem lægen henviser, ikke må påtage sig at yde selvstændig sygehjælp svarende til begrebet: tage syge i kur, i forbindelse med behandling af den henviste patient,

dels alene omfatter en læges henvisning til den konkrete behandling, der består i at udføre de kiropraktiske håndgreb, d.v.s. manuel korrektion og mobilisering af hvirvelsøjle og bækken med det formål at genoprette normal funktion.

Den lægelige ordination skønnes efter udvalgsflertallets opfattelse, tiltrådt af de øvrige udvalgsmedlemmer, ikke at kunne give anledning til afgrænsningsmæssige vanskeligheder [11]).

Udvalgsflertallet, bortset fra Vejlby, finder, at den i øjeblikket praktiserede ordning, hvorefter fortsættelsessygekasserne yder refusion af medlemmers udgifter til kiropraktisk behandling uden lægehenvisning, dels virker urimelig, dels er uden harmoni med gældende lovgivning. Der henvises til det i kapitel IV, 4, anførte, hvoraf det fremgår, at indenrigsministeriet har udtalt, at det må forekomme tvivlsomt, om den af fortsættelsessygekasserne trufne vedtagelse om ydelse af tilskud til kiropraktorbehandling, også uden at lægehenvisning foreligger, er forenelig med lægelovens § 14, stk. 2. Det findes derfor påkrævet, at der, eventuelt ved ændring af sygeforsikringsloven, sikres ens vilkår for medlemmer af sygekasser og fortsættelsessygekasser.

Udvalgets flertal har i tilslutning til overvejelserne om en henvisningsordning i forbindelse med støtte til kiropraktorbehandling drøftet, hvorvidt der i denne forbindelse bør søges gennemført en begrænsning af den - også for kiropraktorer - gældende almindelige ret til at tage syge i kur, som forudsætningsvis fremgår af lægelovens kapitel VI. Flertallet, med undtagelse af Schleisner, er nået til den opfattelse, at det måtte være muligt at undlade at foretage noget indgreb i denne ret, og at kiropraktorer derfor under en ordning som den skitserede fortsat bør have ret til at tage patienter i kur i det omfang, det for øjeblikket er tilfældet, men således at en kiropraktor ikke uden lægens godkendelse samtidig må give den henviste patient anden behandling end den af lægen ved henvisningen ordinerede, og at sygekasser og fortsættelsessygekasser ikke må yde støtte til ikke-lægeordineret behandling.

[11]) Udvalget er bekendt med et af højesteretssagfører Michael Reumert afgivet responsum, offentliggjort i U.F.L. nr. 20, 15. maj 1969. Udvalget kan ikke tiltræde de deri anførte konklusioner.

Man er dog opmærksom på, at det er muligt, at erfaringerne vil vise, at en sådan ordning vil medføre ulemper for sygekasser og fortsættelsessygekasser, for så vidt angår muligheden for kontrol med de behandlingsudgifter, hvortil der søges tilskud, og at ordningen også kan virke belastende for det samarbejde mellem kiropraktorer og læger, som efter forslaget er en forudsætning på dette område. Det kan derfor senere være nødvendigt at tage spørgsmålet om kiropraktorers frie behandlingsret op til fornyet vurdering.

Udvalgsflertallet vil fremhæve, at man anser det for værdifuldt, om den foreslåede ordning kunne gennemføres i den ånd og erkendelse, som forslaget bygger på. Men man ønsker samtidigt at understrege, at ordningens gennemførelse er betinget af samarbejde de forskellige parter imellem, og at traditionelle skranker mellem parterne bør søges bragt til fald.

Et medlem (Vejlby), der i øvrigt kan slutte sig til flertallet, kan henholde sig til skrivelse af 28. juni 1968 fra socialministeriet, hvorefter der ikke findes tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at sygeforsikringsloven er til hinder for, at fortsættelsessygekasser yder kiropraktorhjælp uden lægehenvisning. En ændring af denne tilstand, således at fortsættelsessygekasserne alene skulle kunne yde hjælp til kiropraktorbehandling efter lægehenvisning, må efter dette medlems opfattelse forudsætte en ændring af sygeforsikringsloven. En sådan ændring ville indebære en ændring i den gældende tilstand, hvorefter fortsættelsessygekassernes ydelser ikke er nærmere reguleret ved lovgivningen, og medlemmet finder det tvivlsomt, om udvalgets drøftelser afgiver tilstrækkeligt grundlag for at foreslå en sådan principiel ændring i fortsættelsessygekassernes hidtidige stilling.

Et medlem (Schrøder) bemærker til Vejlbys lige anførte udtalelse, at Vejlbys tilkendegivelse kun motiveres med en henvisning til socialministeriets skrivelse af 28. juni 1968, der ikke indeholder nogen form for præmisser, men alene den konklusion: »at socialministeriet ikke finder tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at bestemmelsen i sygeforsikringslovens § 65, stk. 3, nr. 2, er til hinder for den af et antal fortsættelsessygekasser vedtagne *udvidelse* af ydelserne til også at omfatte hjælp til kiropraktorbehandling. «

På denne baggrund finder Schrøder det på sin plads at pege på følgende:

Efter almindelige retsprincipper fortolkes et

begreb i samme lov entydigt, medmindre der udtrykkeligt er gjort afvigelse. Sådan udtrykkelig afvigelse findes ikke i lov om den offentlige sygeforsikring, for så vidt angår begrebet sygehjælp. Begrebet sygehjælp skal derfor fortolkes nøjagtig ens i relation til såvel sygekasser som fortsættelsessygekasser, der er godkendt i henhold til sygeforsikringslovens § 65.

Dette fører med sig, at et forbud over for sygekasserne mod at yde hjælp f.eks. til kiropraktisk behandling uden lægehenvisning også må gælde for fortsættelsessygekasserne. Yder fortsættelsessygekasserne alligevel rent faktisk hjælp til kiropraktisk behandling uden lægehenvisning, opfylder de dermed ikke længere betingelserne for godkendelsen i henhold til sygeforsikringslovens § 65, hvorfor godkendelsen må bortfalde, og fortsættelsessygekassernes medlemmer derefter være pligtige at betale det i lovens § 34, stk. 1 og 2 omhandlede bidrag til en anerkendt sygekasse.

Opretholdes den nuværende faktisk eksisterende forskelsbehandling (hvorefter fortsættelsessygekasserne har ret til at yde hjælp til kiropraktorbehandling *uden* lægehenvisning, medens sygekasserne kun har ret til at yde sådan hjælp, når der i hvert enkelt tilfælde foreligger lægehenvisning), vil godt 90 % af den offentlige sygeforsikrings medlemmer (sygekassernes medlemmer) være sikret en ringere sygehjælp end de resterende knapt 10 %> (fortsættelsessygekassernes medlemmer) - en ganske uantagelig retstilstand, der, befordret af socialministerens passivitet over for fortsættelsessygekassernes klare overtrædelse af § 65, stk. 3, nr. 2, virker stødende for retsbevidstheden.

Et medlem (Schleisner) er med flertallet enig i, at der i hvert fald ikke på indeværende tidspunkt bør etableres nogen form for offentlig autorisation af kiropraktorer her i landet. Schleisner kan ligeledes tiltræde, at der efter det for udvalget oplyste på en eller anden måde søges tilvejebragt adgang til at udnytte den kiropraktiske behandlingsmetode i patientbehandlingen og på en sådan måde, at patienternes udgifter til kiropraktisk behandling af hvirvelsøjle og bækken delvis eller helt betales gennem den offentlige sygeforsikring.

Schleisner nærer ikke betænkelighed ved en eventuel betalingsordning under forudsætning af, at det sikres, at kiropraktorer kun udfører deres behandling efter lægeordination, og at kiropraktorerne er forpligtet til nøje at rette sig efter lægens anvisninger, jfr. sammenligningsvis § 7, stk. 2, i lov nr. 154 af 8. maj 1968 om terapiassistenter, hvori det hedder: »En terapiassistent må kun foretage sygebehandling ifølge lægeordination og er forpligtet til stedse nøje at rette sig efter lægens anvisninger.« Hvis en lignende ordning gennemføres, vil kiropraktorerne opnå status som special-terapiassistenter, og det må skønnes, at det vil være muligt for den offentlige sygeforsikring at opnå aftale med de lægelige organisationer om en lægehenvisningsordning.

Schleisner finder derimod, at gennemførelsen af en ordning i overensstemmelse med ovennævnte flertalsforslag - hvorefter kiropraktorerne uden dansk offentlig autorisation bevarer retten til selvstændigt at tage patienter i kur, samtidig med at der gennem den offentlige sygeforsikring på nærmere betingelser, bl. a. lægehenvisning, gives befolkningen adgang til hel eller delvis godtgørelse af udgifterne til kiropraktisk behandling - vil være lidet stemmende med gældende almene principper i lovgivning og administrativ praksis, idet en sådan ordning antagelig vil gøre det meget vanskeligt for den offentlige sygeforsikring på forsvarlig måde at kontrollere de nødvendige betalingsmæssige forudsætninger for sådanne behandlinger og de dermed forbundne udgifter. Endvidere må det efter Schleisners opfattelse skønnes, at det også vil blive meget vanskeligt, for ikke at sige umuligt, at etablere en aftale mellem den offentlige sygeforsikring og de lægelige organisationer om en lægehenvisningsordning, idet lægerne ved den af flertallet foreslåede ordning ikke vil have nogen som helst sikkerhed for, om en kiropraktor i det konkrete tilfælde udøver virksomhed som special-terapiassistent efter lægens anvisning, eller om kiropraktoren benytter sig af sin ret til selvstændigt og på eget ansvar - iagttagende lægelovens betingelser - at tage en patient i kur.

Schleisner henviser til, at de gældende sygekasseoverenskomster for sygekassernes A-medlemmer gennem mange år har indeholdt en bestemmelse, der lyder som følger: »Lægen er forpligtet til at bistå sygekasserne i gennemførelse af en forsvarlig økonomi med hensyn til de sygehjælpsudgifter, som er afhængige af lægens ordinationer.« Såfremt udvalgets betænkning medfører en ordning som af flertallet foreslået, hvorefter den offentlige sygeforsikring helt eller delvis kan eller skal dække patienternes udgifter til kiropraktorbehandling, må Schleisner anse det for mere hensigtsmæssigt,

at en sådan ordning ikke forudsætter nogen form for lægehenvisning, der, jfr. foran, må skønnes uden reel mening, hvis kiropraktorernes selvstændige behandlingsret opretholdes, hvorfor Schleisner må henstille, at der hellere gennemføres en betalingsordning uden nogen form for lægehenvisning.

Til de af Schleisner fremførte synspunkter vedrørende mulighederne for kontrol med den offentlige sygeforsikrings udgifter til kiropraktorbehandling bemærker *flertallets øvrige medlemmer:*

For så vidt den af flertallet foreslåede ordning med sygekassestøtte til kiropraktorbehandling efter lægehenvisning gennemføres, skulle det være muligt at administrere ordningen således, at det kan undgås, at ordningen medfører urimelig belastning af den offentlige sygeforsikrings økonomi. Man går ud fra, at de nærmere regler om sygekassernes betaling for kiropraktorbehandling vil blive søgt fastlagt ved overenskomst mellem sygekasserne (centralforeningerne, eventuelt De samvirkende centralforeninger af sygekasser) på den ene side og Dansk Kiropraktor-Forening på den anden. En sådan overenskomst skal ifølge sygeforsikringslovens § 18 godkendes af socialministeren for at være gyldig. Det må forventes, at der ved en sådan overenskomst fastsættes en grænse for det antal behandlinger, hvortil der kan ydes støtte af sygekassen på grundlag af en og samme lægehenvisning, og det må også forventes, at der i en overenskomst som den her omhandlede - på tilsvarende måde som i sygekassernes overenskomster med læger og tandlæger - fastsættes kontrolbestemmelser vedrørende sygekassernes udgifter til kiropraktisk behandling.

Et medlem (Schrøder) bemærker, at det, såfremt læger generelt nægter at henvise patienter til kiropraktor, må påregnes, at sygekasserne vil gå ind for, at der skal kunne ydes støtte til kiropraktorbehandling, uden at lægehenvisning stilles som betingelse for ydelse af sådan støtte.

III. Mindretallets vurdering af kiropraktikken.

1. Indledning.

Et mindretal bestående af udvalgets tre kiropraktormedlemmer, H. Hviid, J. N. Jørgensen og H. A. Simonsen, må fremhæve, at mindretallet under det langvarige udvalgsarbejde stedse har haft for øje at afgive saglige, udtømmende og objektivt korrekte fremstillinger til besvarelse af de mange spørgsmål, som udvalget har haft til behandling, og at mindretallet altid har bestræbt sig på kun at fremsætte dokumenterede påstande. Det må ligeledes fremhæves, at mindretallet har deltaget helt fordomsfrit i udvalgets drøftelser og har strakt sig vidt for at komme divergerende opfattelser i møde ud fra ønsket om at nå frem til en så vidt mulig enig indstilling fra det samlede udvalg.

Mindretallet må derfor ligesom flertallet beklage, at det ikke har været muligt at nå frem til en fælles indstilling fra det samlede udvalg.

2. **Teorien.**

A. Sygdomsårsag.

Som forudsætning for at kunne løse den første opgave, der er stillet i kommissoriet: »at undersøge, hvorvidt og i bekræftende fald på hvilke nærmere betingelser der bør gennemføres en autorisationsordning for personer med uddannelse i kiropraktisk behandling,« har udvalget beskæftiget sig med en gennemgang af især den nyere kiropraktiske teori om årsagsforhold og med det deraf betingede sygdomsområde.

Under disse drøftelser blev det klart for udvalget, at begrebet sygdom meget vanskeligt lader sig definere på tilfredsstillende måde, men det oplystes, at sundhedsstyrelsen og indenrigsministeriet tidligere i relation til apotekerlovens § 4, stk. 1, har antaget, at sygdom er lig enhver afvigelse fra normalen.

Kiropraktorerne har derfor søgt at lægge denne definition til grund for beskrivelsen af den kiropraktiske teori og det kiropraktiske sygdomsområde; men da det under drøftelserne i udvalget blev klart, at definitionen er alt for vid som grundlag for dette udvalgs overvejelser af de nævnte spørgsmål, er der i udvalget opnået enighed om ikke at definere begrebet sygdom.

Det er imidlertid magtpåliggende for mindretallet at undgå risiko for, at den kiropraktiske teori og det kiropraktiske sygdomsområde vil kunne blive bedømt på et fejlagtigt grundlag. Det må derfor særligt fremhæves, at når det i kapitel II, 1, C, om den sygdomslære, der danner grundlag for kiropraktorers virksomhed, siges, at den som udgangspunkt har, »at unormale tilstande i og omkring hvirvelsøjlen *kan* være årsag til sygdomme eller sygdomssympto-

mer såvel i den pågældende lokalitet og dennes umiddelbare omgivelser som i stort set alle dele af den menneskelige organisme,« må man gøre sig klart, at kiropraktorerne ikke har nogen forestilling om, at det er enhver sygdom, der som følge af nervemæssige forstyrrelser ved hvirvelsøjlen kan optræde i alle dele af organismen. Der er alene tale om sådanne funktionsmæssige forstyrrelser ved nervefibrenes endeforgreninger i forskellige væv og organer, som kan fremkaldes ved irritation af den pågældende nerve.

Når det herefter i kapitel II, 1, C, som en følge af det således af teorien betingede sygdomsområde siges: »kiropraktorer anser det for godtgjort, at en korrekt udført behandling ved anvendelse af håndgreb på det rette sted på hvirvelsøjlen i mange tilfælde kan helbrede eller lindre sygdom...« må det erindres, at der ikke er tale om *enhver* sygdom, men blot om de forstyrrelser i den normale funktion, som nervemæssig irritation ved hvirvelsøjlen måtte have forårsaget. Der er således ikke tale om eventuelle sygelige vævsforandringer, som længere tids funktionsforstyrrelse måtte have givet anledning til, og efter sagens natur heller ikke om sygelige forandringer, der skyldes andre faktorer som f.eks. infektion, svulstdannelse og voldelig påvirkning, eller som er af medfødt karakter.

Mindretallet kan derfor ikke anerkende, at den kiropraktiske sygdomslære skulle være så overordentlig vid, som flertallet giver udtryk for, fordi den hævder, at det teoretisk er muligt, at sygdomme eller sygdomssymptomer i stort set alle dele af legemet *kan* have deres årsag i unormale tilstande i hvirvelsøjle eller bækken.

Mod den kiropraktiske sygdomslære kunne der rettes den indvending, at der i hvirvelsøjlen og bækkenet kan foreligge afvigelser fra det normale, uden at der som følge heraf opstår sygdomssymptomer, eller afvigelser, som eventuelt først senere vil give anledning til symptomer, hvorfor eventuelle unormale tilstande, som en undersøgelse måtte afsløre, i sådanne tilfælde normalt ikke kan være særlig sandsynlige som sygdomsårsag. At sådanne afvigelser forekommer, er mindretallet helt enig med flertallet i. Men mindretallet må samtidig påpege, at der tilsvarende, f.eks. ved medicinske undersøgelser, ofte kan konstateres tilstedeværelse af bakterier, som ikke giver anledning til sygdomssymptomer, selv om de under visse omstændigheder kan forårsage endog meget alvorlige symptomer og derfor må betragtes som potentielle sygdomsårsager. Mindretallet kan derfor ikke se bort fra, at det kan være formålstjenligt at overvåge eventuelle afvigelser fra det normale i og omkring hvirvelsøjlen, således at behandling kan iværksættes ved tegn på udvikling af sygdomssymptomer.

Udvalgets flertal har ved flere lejligheder under udvalgsarbejdet gjort gældende, at man finder det betænkeligt, at kiropraktorer generelt og i første række lægger vægt på forholdene i hvirvelsøjle og bækkenparti som mulig sygdomsårsag, og at det ofte ville være mere nærliggende at have opmærksomheden henledt på andre muligheder. Mindretallet har over for denne påstand gjort gældende og må under henvisning til oplysningerne i kapitel II, 2, A og bilag II, B, fastholde, at en kiropraktor altid først har opmærksomheden henledt på andre mulige sygdomsårsager end de hvirvelbetingede, for at patienten, når sandsynligheden taler for en anden sygdomsårsag, kan henvises til relevant behandling derfor, og at en kiropraktor først derefter tager stilling til de kiropraktiske problemer og kun behandler kiropraktisk for sygdomme, hvor symptomerne kan sættes i rimelig forbindelse med påviste hvirvelsøjleforandringer.

Lægerne i udvalget har givet udtryk for, at det ikke kan bestrides, at unormale tilstande i hvirvelsøjle og bækken *kan* forårsage sygdomme eller sygdomssymptomer i stort set alle dele af legemet, men at de finder, at en forhåndsantagelse af, at nervetryk og nerveirritation forårsaget af hvirvelsøjleunormalitet i almindelighed skulle være sygdomsforvoldende, savner videnskabelig underbygning. Mod denne opfattelse har mindretallet gjort gældende, at den moderne kiropraktiske teori ikke er generel, hvilket klart fremgår af mindretallets ovenfor fremsatte bemærkninger til den kiropraktiske sygdomslære og det kiropraktiske sygdomsområde. Mindretallet må endvidere som videnskabelig begrundelse henvise til en række videnskabelige arbejder, som kiropraktorerne har gjort rede for i udvalget, og som mindretallet ikke finder, at flertallet har imødegået med nogen vægt.

For yderligere at belyse og om muligt bevise holdbarheden af den kiropraktiske teori har kiropraktorerne udarbejdet et statistisk materiale med oplysninger om resultaterne af behandling hos danske kiropraktorer, jfr. kapitel II, 2, F, a, og bilag II, C. Under de for kiroprak-

torerne gældende vilkår har det imidlertid været umuligt at tilvejebringe et kontrolmateriale bestående af patienter, som led af de samme sygdomme, og som ikke havde fået nogen behandling, eller som havde fået anden behandling. Lægerne i udvalget har heller ikke været i stand til at anvise brugbart kontrolmateriale.

Da en sådan kontrolundersøgelse efter gængse medicinalstatistiske principper er en forudsætning for, at et statistisk bevis kan betragtes som videnskabeligt underbygget, erkender udvalgets mindretal ligesom flertallet, at dette danske materiale ikke kan benyttes som videnskabeligt bevis for den kiropraktiske teori. Mindretallet må imidlertid føle sig berettiget til at henvise til den kendsgerning, at materialet og de deri anførte høje bedringsprocenter ikke er blevet afkræftet af andet materiale. Det må derfor stå enhver frit at lægge den vægt på materialet, man finder for godt.

Imidlertid fastholder mindretallet, at den i kapitel II, 2, F, c, og bilag II, D, omhandlede amerikanske undersøgelse vedrørende 19.666 tilfælde af arbejdsbetingede hvirvelsøjleskader, som er behandlet af henholdsvis kiropraktorer og læger, er statistisk holdbar, idet de to materialer gensidigt tjener som kontrolmateriale for hinanden. Undersøgelsen, som er foretaget af et af læger og kiropraktorer uafhængigt statistisk bureau på grundlag af den offentlige arbejdsulykkesforsikrings materiale, viser, at antallet af tabte arbejdsdage har været 3 gange lavere i de kiropraktorbehandlede end i de lægebehandlede tilfælde, hvilket synes at tyde på en hurtigere virkning af kiropraktorbehandling for de nævnte lidelser. De gennemsnitlige udgifter til godtgørelse for tabt arbejdsfortjeneste er ifølge undersøgelsen mindst 4 gange mindre ved de kiropraktorbehandlede end ved de lægebehandlede tilfælde, hvilket efter mindretallets opfattelse må have betydelig samfundsøkonomisk interesse.

Mindretallet må herefter drage den slutning, at i hvert fald for de arbejdsbetingede hvirvelsøjleskader foreligger der statistisk holdbart bevis for kiropraktorbehandlingens virkning, og at teorien derfor kan danne grundlag for en ordning, der går ud på offentligt at autorisere kiropraktorer til selvstændigt at tage syge i kur.

Mindretallet må i denne forbindelse understrege, at det ikke kan anerkende en af udvalgets flertal fremført betænkelighed gående ud på, at den kiropraktiske teori om sygdomsårsager skulle være for generel og skulle søge at give en for ensidig forklaring på sygdommes opståen. Kiropraktorerne i udvalget har såvel i deres redegørelser vedrørende kiropraktisk teori og praksis, hvorom henvises til kapitel II, 2, A-D, som i talrige drøftelser i udvalget giver udtryk for den opfattelse, at de på ingen måde betragter kiropraktikken som noget universalmiddel mod sygdom, og har som nævnt ovenfor udtrykkelig begrænset dens område til de lidelser, der kan føres tilbage til unormale tilstande i hvirvelsøjle og bækken. Endvidere har de i det forslag til en autorisationsordning, der er gengivet i bilag VI, C, yderligere indsnævret området, således at dette er langt mindre end det område, inden for hvilket personer, der ikke har autorisation som læge, må tage syge i kur.

B. Sygdomsområdet.

Den omstændighed, at abnorme fysiologiske forhold i hvirvelsøjlens og bækkenets bevægelsesapparat kan forårsage sygdomme eller sygdomssymptomer i stort set alle dele af legemet, sammenholdt med den erfaring, som kiropraktorer og patienter har gjort, at kiropraktorbehandling i mange tilfælde kan afhjælpe sådanne tilstande og dermed lindre de deraf forårsagede sygdomme, jfr. kapitel II, F, a og c og bilag II, C, medfører ikke nødvendigvis, at området for kiropraktorvirksomhed teoretisk eller praktisk er så ganske overordentlig vidt, som udvalgsflertallet har ment at kunne slutte.

Teoretisk begrænses området allerede derved, at unormale fysiologiske forhold i hvirvelsøjlens og bækkenets bevægelsesapparat per definition er en forudsætning for, at kiropraktorer overhovedet kan beskæftige sig med en patients sygdomstilfælde med det formål at behandle tilfældet kiropraktisk. Det betyder, at såfremt der ikke med rimelighed kan skønnes at være nogen forbindelse mellem konstaterede fysiologiske uregelmæssigheder ved hvirvelsøjlen og de sygdomssymptomer, som patienten klager over, eller som findes ved undersøgelsen, falder sygdomstilfældet teoretisk og også reelt uden for kiropraktorers sygdomsområde.

Dernæst må det påpeges, at efter mindretallets definition i forslaget til en afgrænsning af sygdomsområdet, jfr. bilag VI, C, og nedenfor under 6, skal de sygdomme eller sygdomssymptomer, som kiropraktorer tillades at behandle, udtrykkelig være begrænset til de funktionsforstyrrelser og smertetilstande, som er betinget af

abnorme fysiologiske forhold i de nævnte strukturer. Heraf følger, at sådanne sygdomme som infektionssygdomme, snylte- og svampesygdomme, svulster, forgiftninger, vævsbeskadigelser m.v. allerede af teoretiske årsager er udelukket fra det kiropraktiske sygdomsområde.

Der henvises i denne forbindelse til, at der fra Schweiz (eksempelvis kantonerne Basel-Stadt og Neuchâtel) foreligger eksempler på næsten helt tilsvarende lovmæssige begrænsninger som de af mindretallet foreslåede, og at de samme begrænsninger i mange år har dannet grundlag for danske kiropraktorers virksomhed.

Mindretallet må yderligere understrege, at der udover de teoretisk betingede begrænsninger yderligere foreligger en praktisk begrænsning i lægelovens § 25, stk. 1. Som *udvidelse* til de heri nævnte forbud har mindretallet foreslået forbud mod, at kiropraktorer behandler for infektionssygdomme, veneriske sygdomme (ikke som i henhold til lægeloven blot i smittefarligt stadium), snylte- og svampesygdomme, svulster, forgiftninger, sukkersyge, perniciøs anæmi, hjerneblødninger, blodprop, åndssvaghed og sindssygdom.

Lægelovens § 25, stk. 2, indeholder yderligere en praktisk begrænsning af kiropraktorers arbejdsområde, og mindretallet foreslår opretholdelse af det i bestemmelsen omhandlede forbud mod at anvende receptpligtig medicin, iværksætte fuldstændig eller lokal bedøvelse, foretage kirurgiske indgreb og yde fødselshjælp eller udøve tandlægevirksomhed, ligesom der ikke ønskes ret til at udstede dødsattester.

Det må herefter konstateres, at der - specielt sammenlignet med lægers helt ubegrænsede sygdoms- og behandlingsområde - er en meget betydelig begrænsning af det kiropraktiske sygdoms- og behandlingsområde, såvel teoretisk som praktisk.

Det må yderligere understreges, at det i kiropraktorernes forslag indeholdte sygdoms- og behandlingsområde, der som nævnt svarer til det i mange år ved frivillig begrænsning fra kiropraktorernes side praktiserede, efter det oplyste ikke i praksis har frembudt afgrænsningsmæssige vanskeligheder, hverken i forhold til patienter eller til fortsættelsessygekasser eller de hjælpekasser, som i flere år har ydet økonomisk hjælp til deres medlemmers kiropraktorbehandling. Det samme gør sig efter de for udvalget foreliggende oplysninger gældende i Schweiz, hvor de statsanerkendte sygekasser siden 1965 har ydet økonomisk bistand til kiropraktorhjælp på lige fod med ydelserne til lægehjælp.

Mindretallet må derfor bedømme det foreslåede sygdoms- og behandlingsområde som værende velegnet til - som grundlag for en offentlig autorisation - at afstikke grænserne for kiropraktorers sygdomsområde og det deraf betingede arbejdsområde.

Som følge af de meget store forskelle, der er konstateret mellem lægers og kiropraktorers sygdomsområde og behandlingsmuligheder, må mindretallet også lægge afgørende vægt på, at der ikke vil være nogen mulighed for, at kiropraktorer som følge af gennemførelse af en autorisationsordning bliver ligestillet med læger, eller for at patienter, sygekasser eller myndigheder skulle kunne forveksle lægers og kiropraktorers virksomhedsområde.

Mindretallet må i overensstemmelse med det anførte anse det for rigtigt og påkrævet, at det ved lov fastslås, hvad der forstås ved kiropraktorvirksomhed, og hvad der kræves for at udøve virksomhed som kiropraktor, idet det alene på denne måde vil være muligt at beskytte patienterne effektivt mod uberettiget og uforsvarlig udøvelse af behandling, der *betegnes* som kiropraktisk.

Det foreslås derfor, at der udarbejdes en lov, som i overensstemmelse med mindretallets forslag til en autorisationsordning for kiropraktorer fastsætter regler for offentlig autorisation af kiropraktorer til selvstændigt at tage syge i kur.

3. Uddannelse.

Det spørgsmål, som udvalget ved sin vurdering af kiropraktoruddannelsen må tage stilling til, er, om denne uddannelse kan anses for tilstrækkelig med henblik på at sikre, at den færdiguddannede kiropraktor har erhvervet sådanne kundskaber, at han er i stand til på egen hånd at stille en diagnose på en patient, der søger kiropraktorhjælp uden på forhånd at være blevet undersøgt af en læge, og at kiropraktoren - såfremt tilfældet skønnes egnet for hans behandling - er i stand til på forsvarlig måde at give den behandling, som diagnosen indicerer.

Udvalget har derfor prøvet at drage sammenligning mellem den amerikanske kiropraktoruddannelse og den danske lægeuddannelse til trods for de to uddannelsers store forskelle i studietid, undervisningsform og -indhold samt målsætning, og til trods for, at de foregår i to forskellige lande.

Sammenligningen mellem det amerikanske kiropraktorstudium og det danske lægestudium giver mindretallet anledning til at udtale, at det forekommer uberettiget at hævde, således som udvalgets flertal har gjort, at den danske lægeuddannelse er 8-årig, når kgl. anordning af 26. juni 1967 om lægevidenskabelig embedseksamen normerer uddannelsen til 6½ år, og betænkning om lægeuddannelsen i Danmark af 1964 foreslår, at uddannelsen i en overgangstid (hvori vi befinder os i øjeblikket), normeres til 6½ år, og at den senere nedsættes til 6 år.

Det kan endvidere fastslås, at en person, der har bestået lægevidenskabelig embedseksamen ifølge lægelovens § 2, stk. 1, kan opnå autorisation som læge (såkaldt »A-autorisation«), jfr. kapitel III, 3, hvorefter han ifølge lægelovens § 3 kan virke i underordnet lægestilling på sygehus, som skibslæge eller som amanuensis hos eller midlertidig stedfortræder for en praktiserende læge.

Det fremgår af § 5, stk. 1, i Dansk Kiropraktor-Forenings love af 1965, at en kiropraktor, der kan fremlægge bevis for bestået afsluttende eksamen fra en anerkendt kiropraktisk læreanstalt, kan optages i foreningen, hvorefter han er berettiget til at modtage Dansk Kiropraktor-Råds autorisation som kiropraktor.

Det kan i øvrigt bemærkes, at kiropraktorforeningen for fremtidige kiropraktorstuderende har vedtaget V2 års obligatorisk assistenttjeneste, forinden rådets autorisation kan opnås.

Skal der drages sammenligning mellem den tid, der medgår til de to studier, må det følgelig fastslås, at der medgår 4 år til kiropraktorstudiet og 6 eller 6½ til lægestudiet.

Autorisation til at udøve selvstændig virksomhed som fødselshjælper og læge (såkaldt »B-autorisation«), forudsætter ifølge lægelovens § 2, stk. I, jfr. stk. 6, yderligere praktisk tjeneste på et sygehus, hvis varighed ifølge indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 24 af 3. februar 1965 er fastsat til 12 måneder. Ifølge betænkning fra 1964 om lægeuddannelsen i Danmark skal en læge fremtidig i stedet for de 12 måneders praktisk uddannelse gennemgå 24 måneders praktisk hospitalstjeneste samt 2 måneders teoretisk uddannelse.

Efter kiropraktorernes forslag, bilag VI, C, bør der som led i en dansk kiropraktisk autorisationsordning efter afsluttende kiropraktoreksamen stilles krav om 1 års praktisk klinisk assistenttjeneste hos praktiserende kiropraktor, efterfulgt af en dansk tillægseksamen, forinden ret til at udøve selvstændig virksomhed som kiropraktor kan opnås.

Såfremt der skal drages sammenligninger mellem kiropraktorer og læger på basis af den tid, der fremtidig vil medgå for at opnå ret til selvstændig virksomhed her i landet, må der således regnes med 5 år for kiropraktorer og 8 år og 2 måneder for læger.

Mindretallet finder det imidlertid uhensigtsmæssigt og uretfærdigt at bedømme uddannelserne på basis af studietiden, fordi de to studier er opbygget på vidt forskellig måde. Lægeuddannelsen foregår ved universiteter og er mere fri og ubundet og af den årsag mere tidkrævende end den kiropraktiske. Kiropraktoruddannelsen foregår ved læreanstalter og er mere skolemæssig, mere koncentreret og derfor tidsmæssigt kortere end dansk lægeuddannelse. På samme måde som kiropraktoruddannelsen er også den amerikanske lægeuddannelse opbygget, og vedrørende denne er udvalget gjort bekendt med den konklusion, som en dansk læge har kunnet drage på basis af en omfattende sammenlignende undersøgelse af amerikansk og dansk lægeuddannelse. I konklusionen påpeges det, at hvad der i USA gennemgås og læres på 4 år, bruger den danske lægestuderende 7,3 år til, uden at der derfor findes grundlag for at betegne den amerikanske læge som ringere end den danske[12]).

Der er således heller intet grundlag for at antage, at den omstændighed, at danske kiropraktorers studietid er 4-årig, og den normerede studietid for en dansk læge er 6-årig, i sig selv skulle være bevis for, at en dansk kiropraktor skulle være ringere udrustet til at stille diagnoser end en dansk læge.

Skal der foretages sammenligninger mellem de to uddannelser, finder mindretallet det mere realistisk at foretage en sammenligning mellem uddannelsernes timetal og må for nærmere enkeltheder henvise til bilag II, F, med underbilag, og bilag III, C og D. Det fremgår heraf, at de kiropraktorstuderendes uddannelse omfatter 9 semestre å 16 uger, i alt 144 uger med i alt 4.496 timer og lægeuddannelsen 11 semestre å 15 uger samt 2 semestre å 20 uger, i alt 13 semestre eller 205 uger med i alt 4.735 timer, inclusive 96 timer i filosofi [13]). De lægestuderendes timetal overstiger således kun de

[12]) Carsten Rindom Schiøtt, Ugeskrift for Læger, 27. maj 1957.

[13]) Den for lægeuddannelsen nævnte semesterplan forventes snart at være fuldt gennemført.

kiropraktorstuderendes med 239 timer. Hertil kommer imidlertid, at de kiropraktorstuderendes timer er på 60 minutter, medens de lægestuderendes er på 45 minutter. Dette betyder, at hvis de samlede timetal omregnes til minutter, bliver det for de kiropraktorstuderende 269.760 og for de lægestuderende 213.075 minutter, hvilket giver 56.685 minutter mere til de kiropraktorstuderende. Omregnes de 269.760 minutter, som repræsenterer kiropraktoruddannelsen, til timer å 45 minutter, vil de svare til 5.994 timer, hvilket er 1.259 timer mere, end der anvendes til lægeuddannelsen.

Det må således konkluderes, at kiropraktoruddannelsen, hvad den samlede undervisningstid angår, ikke er mindre end lægeuddannelsen, snarere større.

Vedrørende undervisningens indhold kan det anføres, at de lærebogsfortegnelser, som foreligger fra de to studier, til dels er sammenfaldende, og at intet tyder på nogen stor forskel i omfanget, idet der for det medicinske studium er anført 57 lærebøger, som dog ikke alle er obligatoriske, medens der for det kiropraktiske studium er anført 45 lærebøger, som alle er obligatoriske.

Før uddannelsens indhold nærmere vurderes, må det være rimeligt at gøre sig klart, hvad kiropraktoruddannelsens sigte er. Det må her understreges, at det kiropraktiske behandlingsområde begrænser sig til de smertetilstande og funktionsforstyrrelser, der skyldes abnorme fysiologiske forhold i og omkring hvirvelsøjle og bækken. Kiropraktoruddannelsens sigte er derfor at gøre fagets udøvere egnede til efter almindelige differentialdiagnostiske kriterier at konstatere tilstedeværelsen og arten af patologiske og funktionelle forandringer hos patienten samt til at vurdere, om det pågældende tilfælde falder uden for det kiropraktiske område. Hvis dette skønnes at være tilfældet, henvises patienten til anden undersøgelse og behandling. Hvis tilfældet skønnes at falde inden for det kiropraktiske område, må det afgøres, om der foreligger sådanne irreversible forandringer, at behandling vil være nytteløs og patienten derfor må afvises. Såfremt tilfældet skønnes egnet for kiropraktorbehandling, må der udøves en mere specialiseret differentialdiagnostik, hvorefter den indicerede behandling må kunne gives på en for patienten forsvarlig måde.

Som grundlag for den senere kliniske uddannelse gives der i første halvdel af kiropraktorstudiet i alt 1.920 timers undervisning i de grundlæggende fag anatomi, fysiologi, kemi, biokemi, fysik, psykologi og forberedende kiropraktiske fag mod de lægestuderendes 1.435 timer 1. dels fag, inclusive 96 timer i filosofi.

Da denne del af uddannelsen sætter de kiropraktorstuderende i stand til at bestå den amerikanske Basic Science eksamen på lige fod med de lægestuderende i de 25 amerikanske stater, hvor eksamination foregår for et Basic Science Board, må det konkluderes, at den kiropraktiske grunduddannelse er fuldt sufficient som grundlag for den efterfølgende kliniske uddannelse og hermed for erhvervelsen af de nødvendige kundskaber i diagnostik.

De fag, der hører til den kliniske del af kiropraktoruddannelsen, er ikke identiske med de fag, der hører til 2. del af det medicinske studium som følge af de to studiers forskellige sigte, og fagene lader sig derfor ikke let sammenligne. F. eks. har det kiropraktiske studium ingen timer anført for intern medicin, kirurgi, farmakologi og anæstesi, og det medicinske studium har ingen timer anført for kiropraktik, undersøgelsesteknik, diagnostik, mikrobiologi, diætetik, geriatri, elektroterapi og førstehjælp. For begge studiers vedkommende skjuler de forskellige fag sig imidlertid til dels under andre fagbetegnelser. Endvidere skal de lægestuderende følge en række praktiske kurser inden for forskellige fag (3. og 4. semester i 2. del A) omfattende 1.730 timer, og de kiropraktorstuderende skal følge 1.248 timers praktisk undervisning i diagnostik, undersøgelsesteknik, fysiurgiske fag og praktikanttjeneste.

Vedrørende de kiropraktorstuderendes kliniske uddannelse fremgår det af bilag II, F, at den teoretiske del bliver givet som klasseundervisning. De sygdomme, der bliver gennemgået, illustreres ved hjælp af patienter fra klinikkerne, og der lægges vægt på differentialdiagnostik. Det skal specielt fremhæves, at der i patologi undervises i 380 timer, i diagnostik i 380 timer, i kliniske undersøgelsesmetoder i 80 timer, i røntgendiagnostik af hvirvelsøjlen i 32 timer, og i mikrobiologi i 192 timer. Det skal endvidere fremhæves, at de kiropraktorstuderende modtager 192 timers undervisning i røntgenologi og almen røntgendiagnostik, medens de lægestuderende ikke får mere end 50 timers undervisning i røntgendiagnostik og stråleterapi.

Kiropraktoruddannelsens praktiske undervisning bliver givet i fire perioder på hver et semester og omfatter 80 timer klinisk laboratori-

um og 576 timer kliniktjeneste. I laboratoriet optrænes studenterne i at udføre alle prøver, som ikke kræver operative indgreb eller indgift af medikamenter. I klinikkerne gennemgås de forskellige tilfælde under afholdelse af konferencer med staben, hvorunder der lægges stor vægt på differentialdiagnostik. I to semestre undervises der i specialfag som øjensygdomme, øre- , næse- og halssygdomme, klinisk neurologi, diætetik, pædiatri, hud- og kønssygdomme, obstetrik, gynækologi, geriatri, førstehjælp, forskellige terapiformer og retskiropraktik. Den øvrige praktiske uddannelse omhandlende den kiropraktiske behandlingsteknik strækker sig over 592 timer.

Under praktikanttjenesten anvendes der et »tutor«-system, således at en eller to yngre studerende er tilknyttet en ældre, der hjælper og vejleder. Studenten indføres gradvis i arbejdet, idet han i 7. semester overvejende instrueres i og overværer de forskellige praktiske procedurer og undersøgelsesmetoder i hver af de forskellige afdelinger. I 8. semester foretager han under opsyn og vejledning journaloptagelser og undersøgelser af patienter, og i 9. semester foretager han på egen hånd - men under stadig kontrol af staben - den kliniske undersøgelse, ordinerer specialundersøgelser, stiller diagnoser og foretager behandling.

Klinikkerne er poliklinikker, som modtager patienter efter henvisning fra practici og patienter, som henvender sig på egen foranledning. Patienterne betaler et symbolsk honorar, men ingen afvises af økonomiske årsager. Patientmaterialet omfatter efter de for udvalget foreliggende oplysninger alle professioner, alle aldersgrupper og alle i praksis forekommende sygdomme, men det må dog formodes, at det afviger noget fra et gennemsnitligt patientudsnit af befolkningen allerede af den grund, at der ikke findes indlagte patienter på klinikkerne.

Til de kliniske fag anvender de kiropraktorstuderende 2.576 timer mod de lægestuderendes 3.300 timer.

Mindretallets konklusion vedrørende den kliniske del af kiropraktoruddannelsen er:

1. Der bibringes de studerende et fuldt tilstrækkeligt teoretisk og praktisk grundlag for at stille diagnoser i selvstændig praksis.
2. Den kliniske uddannelse giver ikke de studerende mulighed for at følge behandling af indlagte patienter på hospitalsafdelinger og således heller ikke for at følge alvorlige lidelsers udvikling og afslutning. Det må dog konstateres, at undervisningen i patologi og diagnostik er så grundig og klientellet på poliklinikkerne så omfattende, at studenterne får et sådant kendskab til de kontraindicerede lidelser og deres symptomer, at de bliver i stand til at stille den rette diagnose, således at de pågældende patienter kan henvises til den rette behandling.

Vedrørende de praktiske erfaringer med selvstændig udøvelse af kiropraktorvirksomhed, som udvalget har beskæftiget sig med, forekommer det mindretallet at være særdeles betydningsfuldt i forbindelse med overvejelserne om muligheden af at etablere en ordning, hvorefter kiropraktorer autoriseres af det offentlige til selvstændig virksomhed, at der fra de lande, hvor kiropraktor gerningen er lovmæssigt reguleret, ikke foreligger oplysninger om uheldige erfaringer med kiropraktorers evner til at stille diagnoser. Derimod foreligger der fra kanton Basel-Stadt i Schweiz et af offentlig myndighed verificeret referat af nogle udtalelser fra en parlamentsdebat, hvori det siges, at i det tidsrum, i hvilket kiropraktorgerningen har været lovmæssigt reguleret, har sundhedsmyndighederne ikke haft nødig at beskæftige sig med uheldige resultater af kiropraktorvirksomhed.

Endvidere må det fremhæves, at stadig flere stater vedtager love om udøvelse af kiropraktorvirksomhed, således New Zealand 1960, staten New York 1963, Vest-Australien 1965, Massachusetts 1967 og Prince Edward Island i Canada 1968, medens andre udvider kiropraktorers beføjelser. Dette gælder f.eks. de i 1967 i kanton Neuchâtel i Schweiz gennemførte lovændringer, hvorefter der ikke længere kræves lægehenvisning til kiropraktisk behandling. Dette må tages som et udtryk for stigende tillid til kiropraktorers kvalifikationer, herunder deres evner til at stille diagnoser.

Som et udtryk for, hvor lille risiko der er forbundet med at overlade til kiropraktorer at stille diagnoser på patienter i selvstændig praksis, kan det anføres, at der i Danmark i de sidste 30 år, i hvilke tidsrum der er givet ca. 7 millioner kiropraktorbehandlinger, kun har været 3-4 erstatningssager mod kiropraktorer. Dette kan ikke tyde på nogen stor fejlprocent for de diagnoser, kiropraktorer i Danmark har

stillet på patienter som grundlag for deres behandlinger.

Mindretallets konklusion er derfor, at der ikke er noget holdepunkt for at antage, at befolkningen ved at søge selvstændigt praktiserende kiropraktorer vil blive udsat for fare på grund af mangelfuld diagnostik.

4. Kiropraktorvirksomhed.

A. Undersøgelse.

Kiropraktorers undersøgelsesmetodik afviger ikke meget fra den af læger anvendte.

Det er, som oplyst for udvalget, magtpåliggende for kiropraktorer at konstatere forekomsten af sygdomme, hvis behandling ifølge lægeloven er forbeholdt læger, og af sygdomme, som ifølge afgrænsningen af kiropraktorers sygområde er af en sådan art og karakter, at de enten er kontraindiceret eller ikke er indiceret for kiropraktorbehandling, jfr. ovenfor 2, A og B, og bilag VI, C.

Derfor har undersøgelsen i første række til formål efter almindelige differentialdiagnostiske kriterier at afgøre, om kontraindicerede sygdomme af den ene eller den anden kategori er til stede, således at anden behandling, der måtte være indiceret, ikke forhindres eller udskydes, men patienten i så fald henvises til denne behandling.

Såfremt tilfældet falder inden for kiropraktorers arbejdsområde, har undersøgelsen til formål at afgøre, om tilfældet må bedømmes som egnet for behandling, eller om der foreligger sådanne strukturelle vævsforandringer, at kiropraktorbehandling må anses for ikke-indiceret, fordi behandlingen ikke vil have nogen rimelig mulighed for at forbedre tilstanden. I så fald må tilfældet afvises.

Først når disse muligheder er udelukket, og patientens lidelse derfor skønnes egnet eller indiceret for kiropraktorbehandling, kan kiropraktoren begynde at vurdere tilfældet under en kiropraktisk synsvinkel og herunder foretage de mere specielle kiropraktiske undersøgelser, som er beskrevet i bilag II, B. Disse undersøgelser har til formål at lokalisere og bestemme arten af de fysiologiske (statiske og dynamiske) forstyrrelser i hvirvelsøjlens og bækkenets bevægelsesapparat, som måtte forekomme i det pågældende tilfælde, og at konstatere den eventuelle forbindelse mellem disse forstyrrelser og patientens symptomer. I forbindelse hermed foretages også oftest en røntgenundersøgelse, der har til formål at afsløre tilstedeværelsen af sygelige vævsforandringer, såvel kontraindicerende som ikke-kontraindicerende [14]), at medvirke til etablering af diagnosen og at bidrage til den rent kiropraktiske analyse af patientens hvirvelsøjle og bækken, såvel statisk som funktionelt.

Når det efter undersøgelsens afslutning er afgjort, hvilke strukturer der skal gøres til genstand for behandling, bedømmes vævenes tilstand, knoglernes form og lejring og ledfladernes planer med det formål at sætte kiropraktoren i stand til at udføre behandlingen så skånsomt og så effektivt som muligt.

Efter mindretallets opfattelse sikrer en sådan undersøgelse fuldt ud, at de krav er opfyldt, som myndigheder, sygekasser og patienter måtte stille til patientundersøgelsen med det formål at sikre patienter mod forkert eller overflødig behandling og at sikre, at de får den rette behandling for deres sygdomstilfælde.

Ved drøftelserne om kiropraktorers patientundersøgelse har kiropraktorerne erkendt, at hvirvelsøjler er forskellige, og at der kan forekomme afvigelser fra det normale, uden at afvigelsen aktuelt giver anledning til symptomer. Da en sådan afvigelse imidlertid kan være disponerende for symptomer, der først viser sig senere i tilslutning til belastning, finder kiropraktorerne, at det kan være formålstjenligt at overvåge en afvigelse fra det normale i ryggens bevægelsesapparat, således at behandling kan iværksættes ved tegn på optræden af symptomer. I denne forbindelse har flertallet givet udtryk for en vis frygt for, at en kiropraktor skulle kunne bruge et røntgenbillede, der viser en sådan afvigelse, over for en patient som bevis på, at der er »noget galt« i ryggen og som påskud til at give patienten unødvendige behandlinger.

En sådan frygt deles ikke af mindretallet og må stå for flertallets egen regning.

Udvalgets flertal har også givet udtryk for, at det efter dets opfattelse ikke kan udelukkes, at kiropraktorstanden som sådan vil anbefale forebyggende undersøgelser og tilskynde befolkningen til rutinemæssige besøg med deraf følgende udgifter. Mindretallet må hertil bemærke, at en sådan virksomhed ikke indeholdes i mindretallets forslag til en autorisationsordning, der er gengivet i bilag VI, C.

[14]) Som følge af en røntgenundersøgelse kan der derfor blive tale om at afvise patienten eller henvise denne til anden behandling.

Under udvalgsarbejdet har kiropraktorerne redegjort for baggrunden for, at de næsten altid tager røntgenbilleder af patienten i oprejst stilling i modsætning til hospitaler, der næsten altid fotograferer patienten i liggende stilling. Udvalget har i denne anledning indhentet udtalelser fra Dansk Radiologisk Selskab og fra røntgenprofessorerne ved Københavns og Århus universiteter, jfr. bilag VI, B. Mindretallet har med interesse gennemgået disse udtalelser og finder, at de i vid udstrækning støtter kiropraktorernes opfattelse: at der næsten altid på hospitaler bliver fotograferet med patienten i liggende stilling og kun i specielle tilfælde bliver taget røntgenbilleder med patienten i oprejst stilling.

B. Kiropraktorbehandling.

I overensstemmelse med det teoretiske grundlag for kiropraktorvirksomhed, som fremgår af kiropraktorernes forslag, består den kiropraktiske behandling i manuel korrektion og mobilisation af hvirvelsøjlens og bækkenets bevægelsesapparat med det formål at genoprette den normale funktion af disse strukturer og af den del af nervesystemet, som påvirkes af disse strukturers funktion.

Som supplement til denne manuelle korrektion og mobilisation - i visse tilfælde som selvstændig behandling - benytter kiropraktorer sig også af manipulationsbehandling af ekstremitetsled. Som supplement til den egentlige kiropraktiske behandling foreskrives efter omstændighederne hæl- og sålforhøjelser, gymnastiske øvelser og lettere støttebandager, og der gives vejledning vedrørende holdning, hvile- og arbejdsstillinger m.v.

Det må understreges, at det særlige ved kiropraktorbehandling af patienter er den specifikt kiropraktiske behandling, som er beskrevet i kapitel II, C, og at formålet hermed i første række er at tilvejebringe normal funktion i de rygstrukturer, som behandlingen rettes imod. Dernæst tilstræbes det i forbindelse med den lokale rygbehandling at tilvejebringe så vidt muligt normal funktion af hvirvelsøjlen i øvrigt, idet denne som følge af reflektoriske og kompensatoriske ændringer i tilknytning til en behandling søger at tilpasse sig de ændrede forhold. Det er derfor nødvendigt at have opmærksomheden henledt derpå og tage passende forholdsregler, eventuelt i form af korrektion af andre dele af hvirvelsøjlen. Endvidere har behandlingen til formål at tilvejebringe normal funktion af den del af nervesystemet, som er afhængigt af rygstrukturernes funktion, og som i tilfælde af unormal funktion af hvirvelsøjlen selv fungerer unormalt.

Sådan unormal nervefunktion giver på sin side anledning til unormal funktion af de væv eller organer, i hvilke nervefibrenes endeudbredninger fordeler sig. De ændringer, der derfor kan optræde i de pågældende væv eller organer, er afhængige af den funktion, som de irriterede nervebaner har, og af den virksomhed, som det pågældende væv eller organ efter sin cellestruktur er i stand til at udføre. Der kan således - men ganske uafhængigt af lokalisation eller art af den irritation, der virker som stimulus for nerven - være tale om, at der for de sensoriske nervers vedkommende registreres føleindtryk af forskellig art, f.eks. smerte, og at der for de motoriske nervers vedkommende udløses forskellige motoriske fænomener, f.eks. muskelsammentrækninger eller sekretorisk væskeudskillelse, f.eks. svedafsondring. For de autonome nervers vedkommende kan der opstå forskellige ændringer i de indre organers funktion, f.eks. krampagtige muskelsammentrækninger i lungernes glatte bronkiemuskulatur.

Sådanne ændringer kan ifølge det teoretiske grundlag gøres til genstand for kiropraktorbehandling rettet mod de rygstrukturer, hvorfra de er udløst. Det samme gælder imidlertid ikke for de patologiske vævsforandringer, der som følge af lang tids funktionsændring eller som følge af andre årsagsfaktorer er opstået i de forskellige væv eller organer. Sådanne forandringer er ikke tilgængelige for den kiropraktiske behandlingsmetode.

Når kiropraktorer efter omstændighederne benytter sig af supplerende behandling som nævnt, er det næsten udelukkende med det formål at forsøge at understøtte den egentlige kiropraktorbehandling, f.eks. ved at ændre på bækkenhældningen med hæl- eller sålforhøjelse, eller ved at forbedre funktionen af leddene i hofter, knæ eller fødder. Der kan dog også i enkelte tilfælde være tale om at give manipulationsbehandling af forskellige ekstremitetsled, f.eks. skuldre, albuer eller hænder, udelukkende med det formål at forbedre den lokale funktion af disse led.

Kiropraktorerne har under udvalgsarbejdet givet til kende, at de ikke har nogen forestilling om, at der findes nogen lidelse, som *kun* kan skyldes unormale tilstande i hvirvelsøjle eller

bækken. Netop derfor bestræber kiropraktorer sig for, inden behandling påbegyndes, at udelukke sådanne tilfælde, som måtte have anden årsag end spinal. Mindretallet kan af denne årsag ikke tilslutte sig den opfattelse, som flertallet har gjort gældende, at det ville være mere nærliggende, om en foreliggende lidelse først blev undersøgt og eventuelt behandlet af en læge for at undgå unødvendig og udgiftskrævende kiropraktorbehandling.

Tværtimod finder mindretallet og understøttes heri af Gallupundersøgelsen fra 1947, at et meget stort antal patienter, forinden de kommer til undersøgelse og behandling hos kiropraktor, har søgt lægelig hjælp for deres lidelse, og at nogle endog, før kiropraktorbehandling blev påbegyndt, har været indlagt på hospital i kortere eller længere tid uden at opnå bedring for deres sygdom. Herved er der uden grund påført den enkelte og samfundet meget betydelige økonomiske byrder, som kunne have været betragteligt reduceret ved, at de pågældende var kommet tidligt til undersøgelse og behandling hos kiropraktor. En lægeundersøgelse forud for en kiropraktorundersøgelse vil således kun betyde en unødvendig fordyrelse for den enkelte og for sygekasser samt tab af arbejdstid for patient og for læge, uden at der derved opnås en større sikkerhed.

Flertallet har endvidere, uden at give dokumentation herfor, fundet det principielt uheldigt, at kiropraktorer i visse tilfælde påtager sig behandling af patienter og samtidig henviser dem til lægebehandling for anden lidelse.

Mindretallet er imidlertid som følge af indvundne erfaringer af den opfattelse, at der i praksis ikke opstår uheldige virkninger, når blot man er opmærksom på problemet og tager sine forholdsregler.

Flertallet er også af den opfattelse, at der ikke er ført videnskabeligt bevis for kiropraktorbehandlings effekt, og at det derfor i det konkrete tilfælde ikke kan afgøres, om en lidelse havde fortaget sig helt uden behandling eller ved anden behandling før eller efter den kiropraktiske. Mindretallet henviser i denne forbindelse til sine udtalelser vedrørende statistik ovenfor under 2, A, og i bilag II, C og D.

Udvalgets mindretal må som sin konklusion til gennemgangen af spørgsmålet om kiropraktorers behandling af patienter fastslå, at der efter en af teoretiske og praktiske årsager betinget omhyggelig udvælgelse af de egnede sygdomstilfælde bliver givet en grundig og i alle måder forsvarlig behandling, som tager hensyn til de for det enkelte tilfælde relevante faktorer. At det skulle være nødvendigt at lade en læge stille diagnosen forud for kiropraktoren må afvises som ganske overflødigt, tidrøvende og økonomisk belastende.

5. Forholdene i andre lande.

Der foreligger for udvalget oplysninger om de betingelser, under hvilke kiropraktorer i forskellige lande er autoriserede til at udøve selvstændig virksomhed. Selv om forholdene i disse lande afviger fra danske forhold, kan mindretallet dog ikke anerkende, at man af denne grund skulle afholde sig fra at drage sammenligninger.

Det land, der i lovmæssig og samfundsmæssig henseende er mindst afvigende fra danske forhold, er formentlig Schweiz, der som det eneste europæiske land i 30 år har haft kiropraktorautorisation og fra 1965 en sygekasselovgivning, der sikrer samme økonomiske hjælp til kiropraktorpatienter som til lægepatienter.

Mindretallet kan henvise til, at de kiropraktiske love i Schweiz fungerer fuldt tilfredsstillende, og at det ikke siden lovens ikrafttræden har været nødvendigt for sundhedsmyndighederne at beskæftige sig med uheldige virkninger af kiropraktorvirksomhed. Mindretallet kan anbefale, at den i 1967 i kantonen Neuchâtel ved lov indførte anerkendelse af kiropraktorvirksomhed, jfr. bilag VI, E, og de i loven anførte begrænsninger af kiropraktorers virksomhed, lægges til grund ved udarbejdelsen af en dansk kiropraktorlov.

6. Kiropraktorernes forslag.

Retten til selvstændigt at tage syge i kur er principielt fri her i landet. Dette fremgår forudsætningsvis af lægelovens kapitel VI, der dog indeholder følgende begrænsninger i denne ret [15]):

Lovens § 24 fastsætter straf af bøde eller hæfte for en person, der uden at have autorisation som læge tager syge i kur og derved udsætter nogens helbred for påviselig fare. Som skærpende omstændigheder betragtes det at have forårsaget væsentlig skade på legeme eller helbred, tidligere at være dømt for overtrædelse

[15]) Jfr. bilag I, A.

af §§ 24, 25 eller 26, samt hvis patienten er sindssyg, åndssvag, under 18 år eller umyndiggjort.

§ 25 fastsætter straf af bøde, hæfte eller fængsel for en person, der uden at have autorisation som læge behandler en person for veneriske sygdomme i smittefarligt stadium, tuberkulose eller anden smitsom sygdom eller foretager operative indgreb, iværksætter fuldstændig eller lokal bedøvelse eller anvender receptpligtig medicin, røntgen- eller radiumbehandling eller behandlingsmetoder med elektriske apparater, mod hvis anvendelse der er forbud.

Kiropraktorer har haft og har stadig retten til selvstændigt at tage syge i kur.

Kiropraktorerne i udvalget må efter en saglig vurdering af det for udvalget foreliggende materiale give udtryk for, at der findes at være grundlag for at søge gennemført en ordning, hvorefter der - i lighed med de i Schweiz gennemførte autorisationsordninger - meddeles kiropraktorer offentlig autorisation til på egen hånd at tage syge i kur med de nedenfor anførte begrænsninger, som er udtryk for, at kiropraktorers virksomhedsområde begrænses ud over, hvad der følger af lægelovens bestemmelser.

Den virksomhed, som kiropraktorerne i udvalget kan anbefale, omfatter undersøgelse af patienter og behandling af funktionsforstyrrelser og smertetilstande, som er betinget af abnorme fysiologiske forhold i hvirvelsøjlens og bækkenets bevægelsesapparat.

Undersøgelsen omfatter de diagnostiske forholdsregler af klinisk, neurologisk, kiropraktisk, røntgenologisk og laboratoriemæssig art, der er nødvendige for behandlingen.

Behandlingen består i manuel korrektion og mobilisation af de nævnte strukturer med det formål at genoprette normal funktion.

Som støtte for behandlingen og i visse tilfælde som selvstændig behandling kan kiropraktorer anvende manipulationsbehandling af ekstremitetsled. Som supplerende behandling kan foreskrives hæl- og sålforhøjelser, gymnastiske øvelser og lettere støttebandager, ligesom der kan gives vejledning vedrørende patientens holdning, hvile- og arbejdsstillinger m.v.

En kiropraktor er derimod ikke berettiget til at anvende receptpligtig medicin, iværksætte fuldstændig eller lokal bedøvelse, foretage kirurgiske indgreb, yde fødselshjælp eller udøve tandlægevirksomhed eller til at udstede dødsattester.

Kiropraktorbehandling er ikke tilladt, når der skønnes at være fare for at forvolde skade.

Kiropraktorbehandling er ej heller tilladt for tuberkulose eller anden smitsom sygdom, infektionssygdomme, parasitære sygdomme, svulster, forgiftninger, sukkersyge, perniciøs anæmi, hjerneblødning, blodprop, åndssvaghed og sindssygdom.

Som betingelse for, at nogen kan opnå sådan autorisation, kan kiropraktorerne i udvalget anbefale, at det fremtidig kræves, at vedkommende har bestået afgangseksamen fra en af undervisningsministeriet i samråd med Dansk Kiropraktor-Råd godkendt kiropraktisk læreanstalt samt det pågældende lands kiropraktiske stats- eller provinseksamen (eksempelvis i USA den såkaldte National Board Examination), at han har arbejdet 1 år som assistent hos en autoriseret kiropraktor, og at han har bestået dansk tillægseksamen for en af undervisningsministeriet i samråd med Dansk Kiropraktor-Forening nedsat eksamenkommission.

Autorisationer, som før den offentlige autorisationsordnings gennemførelse er meddelt af Dansk Kiropraktor-Råd, bør sidestilles med offentlige autorisationer.

Vedrørende de enkelte punkter i det anførte forslag skal mindretallet henvise til de ovenfor i mindretallets vurdering fremsatte begrundelser.

7. Manuel medicin.

Udvalget har orienteret sig om den undervisning, der ligger til grund for den manipulationsbehandling, som en gruppe nordiske læger i de senere år har benyttet i almindelig lægepraksis. Mindretallet har med interesse bemærket, at undervisningen i manuel medicin for læger blot består i en kortvarig kursusundervisning, som ifølge de for udvalget foreliggende oplysninger, jfr. bilag VI, D, strækker sig over 6 kurser af 5-6 dages varighed hver, i alt 30-35 dage. På denne korte tid forsøger undervisningen at dække alle områder af den manuelle behandlings teori og praksis samt genopfriskning af den dertil hørende anatomi m.v. Mindretallet må, specielt sammenholdt med den tid, de kiropraktorstuderende anvender på de tilsvarende discipliner, betegne en sådan undervisning som i allerhøjeste grad utilstrækkelig. Mindretallet må også ud fra sit kendskab til den tid, der kræves for at kunne tilegne sig den rent praktiske manuelle færdighed, som er en nødvendig for-

udsætning for at kunne give patienter en fuldt betryggende behandling, anse den praktiske undervisning for at være uforsvarligt kortvarig, således at patienterne må formodes at være dårligt hjulpne, hvis de skulle blive henvist til kun at kunne søge hjælp hos lægelige manipulatører.

8. Oplysninger over for offentligheden om kiropraktisk behandling.

Flertallet har under udvalgsarbejdet følt sig foranlediget til at omtale forskellige artikler fra tidsskrifter og ugeblade omhandlende kiropraktisk virksomhed og resultater derved. Mindretallet finder ingen anledning til at fremsætte kommentarer hertil.

9. De af »Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme« fremførte synspunkter.

»Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme« har, repræsenteret ved sin formand, haft adgang til over for udvalget at redegøre for foreningens virksomhed og ønsker.

I sin orientering til udvalget gav landsforeningens formand udtryk for, at foreningen ser det som sin opgave at varetage patienternes interesse i at få forsvarlig kiropraktisk behandling. Landsforeningen er afgjort modstander af en lægehenvisningsordning, bl.a. fordi den frygter, at en sådan kun vil resultere i ganske få henvisninger, da mange læger formentlig fortsat vil ordinere anden behandling — varmebehandling, massage og lignende – mod lidelser, der er egnede for kiropraktorbehandling. Landsforeningen er også utryg ved den virksomhed, der udfoldes af »Nordisk Forening for Manuel Medicin« på grund af den meget kortvarige kursusuddannelse, der ikke anses at kunne sikre patienterne en forsvarlig behandling. Forudsætningen for at kunne besidde kvalifikationer til udøvelse af manipulationsbehandling er for landsforeningen en regulær kiropraktoruddannelse, og når foreningen ønsker autorisation af kiropraktorer, er det udelukkende for at beskytte patienter mod ukvalificeret udøvelse af kiropraktik (manipulation).

Til gunst for autorisation af kiropraktorer taler efter landsforeningens opfattelse, at kiropraktorer giver et meget stort antal behandlinger i sammenligning med det antal manipulationsbehandlinger, der gives af læger, at kiropraktorers resultater efter patienternes og landsforeningens erfaringer er særdeles gode, og at der forekommer yderst få komplikationer.

Landsforeningen ønsker, at kiropraktorer autoriseres under forudsætning af, at de har en forsvarlig uddannelse. De, der praktiserer nu og er godkendt af Dansk Kiropraktor-Råd, har vist, at de har tilstrækkelig uddannelse, men kiropraktorer, der i fremtiden måtte ønske at drive virksomhed her i landet inden for deres fag, bør aflægge en tillægsprøve for en dansk eksamenskommission, efter at de forud har gennemgået 1 års turnustjeneste, som i Schweiz. Landsforeningen henviser i øvrigt til kiropraktorloven i kanton Neuchâtel i Schweiz som et eksempel, der burde benyttes som mønster for en dansk autorisationsordning.

Udvalgets mindretal kan tilslutte sig landsforeningens opfattelse og må især lægge vægt på landsforeningens ønske om at sikre patienter en forsvarlig behandling.

10. Andre muligheder for at anvende den kiropraktiske behandlingsmetode som led i sygdomsbekæmpelse.

Udvalgets flertal har givet udtryk for, at det finder den kiropraktiske behandlingsmetode så afgrænset og så indøvet af kiropraktorer, der har lært denne behandlingsmetode ved en af Dansk Kiropraktor-Råd anerkendt kiropraktisk læreanstalt, og som opfylder betingelserne for at være medlem af Dansk Kiropraktor-Forening, at det bør overvejes inden for dansk medicinal- og sociallovgivning at etablere mulighed for at udnytte behandlingsmetoden i patientbehandlingen, således at der gives anerkendte sygekasser og fortsættelsessygekasser adgang til at yde økonomisk støtte til behandlingen.

Flertallet har dog præciseret, at der herved kun tænkes på den egentlige kiropraktorbehandling - anvendelse af kiropraktiske håndgreb på hvirvelsøjlen og bækkenet - og ikke på de forskellige former for supplerende behandling. Efter flertallets opfattelse bør ydelsen af økonomisk støtte være betinget af lægehenvisning, og det foreslås, at fortsættelsessygekassernes nuværende praksis, hvorefter der ydes tilskud til kiropraktorbehandling uden lægehenvisning, afskaffes for at stille disse kassers medlemmer lige med de anerkendte sygekassers. Det forudsættes endvidere, at de nødvendige kliniske undersøgelser, laboratorieundersøgelser og røntgenundersøgelser skal foretages af lægen, før

henvisning sker til kiropraktoren. Nogen ændring af lægelovens § 14, stk. 2, anses ikke at være fornøden i henhold til den i kapitel IV af flertallet anlagte fortolkning. Flertallet har foreslået at undlade noget indgreb i kiropraktorers almindelige ret til at tage syge i kur, idet sådan fri behandling dog ikke skal gøres berettiget til sygekassestøtte.

Mindretallet må hertil bemærke, at når kiropraktorerne under forhandlinger i udvalget har anført, at de som alternativ til den af mindretallet foreslåede ordning, bilag VI, C, eventuelt ville kunne gå med til en overgangsordning, var der tale om en ordning, som i tilknytning til en autorisation krævede lægehenvisning af de anerkendte sygekassers såkaldte A-medlemmer, såfremt de ønskede økonomisk bistand til kiropraktisk behandling, medens sygekassernes såkaldte B-medlemmer og fortsættelsessygekassernes medlemmer kunne opnå denne hjælp uden lægehenvisning.

Såvel flertallets forslag som mindretallets alternative forslag ville muligvis kunne fungere i praksis, men der ville være ulemper forbundet med begge. Dette ville dog formentlig især gælde flertallet forslag, bl.a. fordi den henvisende læge efter forslaget også skal foretage eller ordinere de undersøgelser, f.eks. klinisk undersøgelse og røntgenundersøgelse, som er en nødvendig forudsætning for, at en kiropraktor kan vurdere patientens sygdom. Dette ville betyde, at ordningen blev ganske utilfredsstillende for både patient, kiropraktor og læge, at den ville fordyre undersøgelsen og helt urimeligt forsinke behandlingens påbegyndelse til skade for patienten. At det tillige ville være unødvendigt at henlægge undersøgelser til lægen, synes at fremgå af de erfaringer, der allerede er gjort ved igangværende samarbejde mellem praktiserende læger og kiropraktorer, hvor hver især foretager de fornødne undersøgelser, uden at der er opstået problemer, og uden at der er sket skade for patienterne.

En ordning som af flertallet foreslået ville også ophæve den ret til uden lægehenvisning at opnå refusion af udgifterne til kiropraktorhjælp, som ca. 300.000 medlemmer af fortsættelsessygekasserne allerede har erhvervet. Efter mindretallets opfattelse hviler denne ret på lovligt grundlag, idet kiropraktorbehandling må betragtes som sygehjælp i sygeforsikringslovens forstand, og nævnte lovs § 65, stk. 3, nr. 2, derfor indeholder den fornødne hjemmel til fortsættelsessygekassernes beslutning om at yde støtte til kiropraktisk behandling. Mindretallet finder, at også medlemmer af de anerkendte sygekasser kan opnå en sådan ret, uden at lovændring skulle være fornøden.

Mindretallets konklusion må herefter være, at en henvisningsordning som den af flertallet foreslåede på så væsentlige punkter afviger fra kiropraktorernes alternative forslag, at den må forekomme uantagelig som basis for kiropraktorers virksomhed.

Udvalgets mindretal fastholder derfor sit forslag gående ud på, at der etableres en offentlig autorisation af kiropraktorer til på egen hånd og med de i forslaget anførte begrænsninger at tage syge i kur, og at der gives alle sygekasser adgang til at yde økonomisk støtte til deres medlemmers udgifter til kiropraktorhjælp, uden at der fordres henvisning fra læge som forudsætning herfor.

Lov om udøvelse af lægegerning, jfr. lovbekendtgørelse nr. 236 af 9. august 1955, kapitel VI.

Kvaksalveri.

§ 23.

Den, der uden at have autorisation som læge, betegner sig som læge eller på anden måde, der er egnet til at vække forestilling om, at han har sådan autorisation, straffes med bøde.

§ 24.

Tager en person, der ikke har autorisation som læge, syge i kur, og udsætter han derved nogens helbred for påviselig fare, straffes han med bøde eller hæfte. Under skærpende omstændigheder, såsom hvis pågældende har forårsaget væsentlig skade på legeme eller helbred, eller hvis han tidligere er dømt for overtrædelse af denne paragraf eller § § 25 eller 26, kan straffen stige til fængsel i indtil 1 år. Det samme gælder, hvis patienten er sindssyg, åndssvag, under 18 år eller umyndiggjort, således at han ikke selv kan tage bestemmelse om sine personlige forhold.

§ 25.

Stk. 1. Den, der uden at have autorisation som læge, behandler en person for veneriske sygdomme i smittefarligt stadium, tuberkulose eller anden smitsom sygdom, straffes med hæfte eller med fængsel i indtil 1 år, under formildende omstændigheder med bøde. At pågældende som følge af sin manglende lægekyndighed ikke har været i stand til at erkende sygdommens natur, fritager ham ikke for straf.

Stic. 2. Med samme straf anses den, der uden at have autorisation som læge eller anden i lovgivningen hjemlet særlig adkomst, foretager operative indgreb, iværksætter fuldstændig eller lokal bedøvelse eller yder fødselshjælp, eller som anvender lægemidler, der kun må udleveres fra apotekerne mod recept, eller anvender røntgen- eller radiumbehandling eller behandlingsmetoder med elektriske aparater, mod hvis anvendelse af uautoriserede personer indenrigs- og boligministeren har nedlagt forbud på grund af behandlingens farlighed.

§ 26.

Stk. 1. Straf af bøde eller hæfte i indtil 3 måneder finder anvendelse, hvis en person, der ikke har indfødsret og ikke har opholdt sig her i landet i 10 år, uden at have autorisation som læge eller uden indenrigs- og boligministerens, når særlige grunde måtte tale derfor, meddelte tilladelse tager syge i kur, såvel som hvis en person, der ikke har autorisation som læge, under omrejsen tager syge i kur.

Stk. 2. Dersom en person, der ikke er autoriseret til at udøve lægevirksomhed, ved bekendtgørelse - bortset fra en almindelig meddelelse om vedkommendes adresse —, reklameskiltning, udsendelse af beskrivelser eller på anden måde giver almenheden eller ham ubekendte personer meddelelse om, at han tager syge i kur, straffes han med bøde.

§ 27.

Dersom en person, der tidligere er idømt frihedsstraf for overtrædelse af §§ 24, 25 eller 26 eller forordning af 5. september 1794 angående straf for kvaksalvere, jfr. lov af 3. marts 1854, på ny idømmes sådan straf for overtrædelse af en af de fornævnte paragraffer, kan der ved dommen gives ham pålæg om helt at afholde sig fra at tage syge i kur. Overtrædelse af sådant pålæg straffes med bøde eller hæfte i indtil 3 måneder.

Hvirvelsøjlens og nervesystemets opbygning og funktion.[1)]

Kiropraktorerne fremhæver, at hvirvelsøjlen består af 32-34 enkelthvirvler. Der er 7 halshvirvler, 12 brysthvirvler, 5 lændehvirvler, 5 korsbenshvirvler og 3-5 halehvirvler. Hver enkelt hvirvel består af et hvirvellegeme og en hvirvelbue med forskellige tappe. Rygmarven og dens hinder er beskyttet af hvirvellegemet og hvirvelbuen. En hvirvel er forbundet med de to tilgrænsende hvirvler ved glideled, der hver især har en ret begrænset bevægelighed, men som tilsammen sikrer ryggens store bevægelighed. Hvert enkelt hvirvellegeme er forbundet med nabohvirvlerne af hvirvelmellemskiver, de såkaldte disci.

Et stort antal mere eller mindre dybtliggende muskler langs hvirvelsøjlen tjener til at bevæge hvirvelleddene og hvirvelsøjlen som helhed, og de enkelte hvirvelled støttes af et system af ledkapsler og ledbånd (ligamenter), der begrænser bevægelsesudslagene.

Såvel muskler og ledkapsler som ledbånd er rigt forsynet med nervetråde, såvel de smerteopfattende som dem, der har betydning for ledsansen, opretholdelse af balancen.

Nervesystemet er opbygget af et centralnervesystem, der beskyttes af kraniet og hvirvelsøjlen, og af et perifert nervesystem bestående af 12 par hjernenerver, 31 par rygmarvsnerver (spinalnerver), der fra rygmarven passerer ud gennem hvirvelmellemrummene i hvirvelsøjlen, og de autonome eller vegetative nerver, d.v.s. de nerver, der »styrer« indvolde, kirtler og blodkar, og som ikke står under viljens herredømme.

Gennem det spinale nervesystem ledes impulser til og fra forskellige perifert liggende strukturer, f.eks. hud og muskulatur, og gennem reflekser over rygmarven og hjernen reguleres f.eks. bevægelse for at undgå en smertepåvirkning.

Det vegetative nervesystem er anatomisk opdelt i to dele: Det sympatiske og det parasympatiske, der begge forsyner de indre organer med nerveimpulser, men med modsat rettede virkninger, fremmende eller hæmmende.

Det sympatiske nervesystem består af en række nervehobe (ganglier), der indbyrdes er forbundet med nervefibre, hvorved dannes 2 strenge (grænsestrenge), der er beliggende tæt op ad brysthvirvlernes forside. Ganglierne står gennem særlige forbindelsesfibre i forbindelse med spinalnerverne, der passerer hvirvelsøjlens hvirvelmellemrum, og som har forbindelse med centralnervesystemet. Fra grænsestrengene går sympatiske nerver til forskellige nervecentre i de indre organer, der forsynes med impulser.

Det parasympatiske nervesystem forsyner ligeledes de indre organer med nervefibre. De udgår fra kraniet og korsbenet som specielle nerver.

Hvis den balance, som det sympatiske og det parasympatiske nervesystem opretholder ved sin fremmende eller hæmmende indflydelse, forstyrres, f.eks. ved irritation af forbindelsesfibrene til eller fra en spinalnerve, får det ene eller det andet system overvægt, hvorved der opstår funktionsforstyrrelser af det pågældende organ og dermed sygdomssymptomer.

Den beskrevne traditionelle opdeling af nervesystemet må anses som praktisk til forståelse af systemets anatomiske opbygning, medens det imidlertid ud fra en fysiologisk og patologisk synsvinkel må erkendes, at en streng adskillelse mellem nervesystemets forskellige dele ikke lader sig opretholde.

[1)] Oplysninger meddelt af kiropraktorerne i udvalget.

Kiropraktorers undersøgelse af patienter.

Kiropraktorerne har forelagt udvalget oplysninger om, hvorledes undersøgelse foregår i kiropraktorpraksis. I hovedtræk gengives disse oplysninger i det følgende.

Kiropraktorens vigtigste opgave er at afgøre, om patientens lidelse er egnet for kiropraktisk behandling, eller om sådan behandling er udelukket eller kontraindiceret. Derfor må hvert enkelt tilfælde omhyggeligt undersøges og vurderes. Undersøgelsen indledes med.

a. Anamnesen: (sygehistorie).

En omhyggelig udspørgen af patienten om sygdomstilfældets forløb angives som regel at ville give kiropraktoren et forholdsvis præcist billede af det foreliggende tilfælde og vil almindeligvis sætte kiropraktoren i stand til at skønne, om det er egnet for kiropraktorbehandling eller ej. Det er vigtigt, at kiropraktoren straks ved patientens første besøg får kendskab til de omstændigheder, under hvilke symptomerne er opstået, til deres lokalisation, karakter, intensitet, konstans og varighed og til den måde, hvorpå de har udviklet sig eller ændret karakter. Især oplysninger om smerters art og lokalisation er af betydning, ligesom forekomsten af traumer (voldelige skadepåvirkninger) og infektioner er vigtige at få fastslået under anamnesen.

Da en kiropraktors patienter overvejende har lidelser i bevægelsessystemet, må anamneseoptagelsen især gå ud på at skaffe oplysning om bevægelsesfunktionerne og faktorer, der kan influere herpå.

Det er imidlertid også vigtigt at spørge patienten ud om hans helbred i øvrigt, om hvilke sygdomme han tidligere har lidt af, hvilken behandling (eventuelt operation) han har fået, og resultatet deraf.

Endelig er det af betydning at få oplysning om patientens beskæftigelse, hans arbejds- og hvilestillinger, hvorvidt og i hvilket omfang han driver sport eller udfører legemsøvelser, om hans sociale og ægteskabelige forhold og hans psykiske tilstand.

b. Klinisk undersøgelse:

Denne kan - alt efter tilfældets art og karakter - omfatte:

inspektion: betragtning af patienten, f.eks. udseende (hudfarve, slimhinder, mimik, ødemer), legemlige defekter (operationsar, proteser), type, (f.eks. atletisk), tykkelse (f.eks. mager), holdning (f.eks. sammenfalden, rundryg, svajryg), gang (f.eks. slæbende), bevægelser, (f.eks. langsomme, hurtige),

palpation: anvendelse af fingerspidserne på forskellige overfladiske eller dybtliggende væv (hud, underhud, muskler, nerver, led, mave- og underlivsorganer), eventuelt exploration (endetarm) med det formål at vurdere de pågældende vævs form, konsistens, spændingsgrad og ømhed. Ofte vil en kiropraktor palpere dobbeltsidigt med begge hænder samtidig for at sammenligne de to sider.

perkussion: bankning med fingerspidserne over et organ, således at kiropraktoren f.eks. kan danne sig en opfattelse af dets størrelse og tilstand,

auskultation: aflytning af de lyde, der fremkommer ved hjertets og lungernes funktion,

puls- og blodtryksmåling: for at få et indtryk af hjertets og blodkarrenes tilstand,

måling: f.eks. af ekstremiteters omkreds for at sammenligne og vurdere musklers tilstand,

funktionsprøver: undersøgelse af forskellige bevægelser af enkelte led eller grupper af led aktivt, passivt eller under modstand for at konstatere tilstanden i forskellige led, muskler og nerver.

Det kan herefter være påkrævet at foretage:

c. Neurologisk undersøgelse:

Denne kan f.eks. omfatte undersøgelse af:

Hjernenervernes funktion: hørelse, syn, øjenbevægelser etc.

Spinalnervernes funktion:

motorik (muskelspænding, kraft, koordination, ufrivillige bevægelser, lammelser, gang), reflekser,

sensibilitet (berørings-, smerte-, temperatur- og tryksans).

Vegetative nervers funktion: f.eks. sved.

Vurdering af f.eks. tale, kramper og rødmen.

Eventuelt foretages eller ordineres herefter:

d. Laboratorieundersøgelser:

For at få en eventuel mistanke om infektions-

sygdom eller betændelsestilstande (f.eks. i nyrer, blære eller indre kønsorganer) verificeret eller afkræftet, kan det være nødvendigt at undersøge urin eller blod.

De simplere urinundersøgelser (for sukker, blod, protein, pH (surhedsgrad) og pus) samt hæmoglobinundersøgelse kan kiropraktoren selv foretage, medens de mere specielle urinanalyser og blodundersøgelser må henvises til læge, hospital eller laboratorium.

Det er dog i praksis kun sjældent, at kiropraktoren kommer i besiddelse af undersøgelsesresultaterne.

e. Den specielle kiropraktiske undersøgelse kan omfatte:

Inspektion af ryggen bagfra og fra siden: Generel holdningstype, hovedets holdning, fysiologiske kurver, strukturelle og funktionelle scolioser, (hvirvelsøjlekrumninger til siderne), rotationer, niveauforskelle for symmetriske punkter og asymmetriske muskelspændinger, iliosacralled (forbindelsen mellem hofte og korsben), ulige hoftehøjde og benlængde, lokale vækstforandringer, hårvækst, svedafsondring og cirkulationsforstyrrelser betragtes og vurderes. Inspektionen kan yderligere suppleres og gøres nøjagtigere ved at anvende forskellige hjælpemidler som lodsnor, dobbelt lodsnor, raster eller posturometer (måleapparat til bedømmelse af holdningen).

Inspektion forfra: Hovedstilling, sternoclaviculærled, bækkenrotation.

Vejning af patienten på 2 eller 4 vægte samtidig kan afsløre ændringer i vægtfordelingen sideværts og forfra - bagtil.

Palpation: Stillingsmæssige afvigelser fra det normale i horizontal-, sagital- og frontalplaner samt rotation afsløres ved palpation af tvær- og torntappe samt af mellemrummene mellem tappene. Konsistensforandringer, spændingstilstande og ømheder i muskler og senetilhæftninger samt ømheder langs nerver afsløres ved dyb palpation af bløddelene.

Forskelle i hudtemperatur og svedafsondring konstateres ved let, overfladisk palpation.

Bevægelsespalpation: Ved at tage kontakt på eller mellem tappe, som hører til to nabohvirvler, og lade patienten foretage de bevægelser, der aktiverer det pågældende led, kan ændringer i bevægeligheden af de små hvirvelled (fixationer, hyperkinesier) konstateres.

Funktionsprøver: For at undersøge bevægeligheden af forskellige afsnit af hvirvelsøjlen kan kiropraktoren lade patienten foretage bøjninger forover, bagover og til hver side samt rotation. Bevægelsesudslagene sammenlignes med det normale og med hinanden. For halsens vedkommende kan rotationsudslagene måles med et særligt instrument (cervicorotometer).

Ved bevægelsesprøver for iliosacralleddene og ved gang kan disse leds funktionelle tilstand konstateres.

Såfremt kiropraktoren herefter skønner, at lidelsen eventuelt er egnet for kiropraktorbehandling, bliver der som hovedregel foretaget:

/. *Røntgenundersøgelse:*

Røntgenfotografering af hvirvelsøjlen foretages af patienten i siddende og/eller stående stilling. Årsagen til, at patienten undersøges i oprejst stilling, er, at kiropraktoren ønsker at betragte hvirvelsøjlen under naturlige fysiologiske forhold, altså under belastning.

Røntgenundersøgelsen er af stor betydning, da den dels sætter kiropraktoren i stand til at verificere de fund, han har gjort under den kliniske og specielle kiropraktiske undersøgelse, dels gør det muligt at supplere disse fund med eksakte, detaljerede oplysninger vedrørende scolioser, rotationer og ulige benlængde, som vanskeligt kan undersøges nøjagtigt uden brug af røntgen.

Funktionel røntgendiagnostik kan anvendes (især i halshvirvelsøjlen), hvis man ønsker at afsløre det nøjagtige sæde for en hvirvelfixation eller hyperkinesi.

Ikke mindre vigtigt er det, at røntgenbilleder kan afsløre sygelige forhold, som kan advare kiropraktoren mod for kraftig behandling eller mod behandling overhovedet af det pågældende sted af ryggen eller give oplysning om misdannelser, som kan bevirke, at behandlingen skal gives på en speciel måde. Et røntgenbillede kan vise degenerative slidforandringer (f.eks. diskusdegeneration eller slidgigt i hoften) og kan afsløre generelle hvirvelsøjlelidelser, begyndende sygdom i hvirvelsøjlen og lidelser, for hvilke kiropraktisk behandling er absolut kontraindiceret, f.eks. cancermetastaser, akutte betændelsestilstande i led og brud.

Udover røntgenfotografering af hvirvelsøjlen og bækkenet kan der være tale om at røntgenfotografere ekstremitetsled og knogler.

Uddrag af statistisk opgørelse vedrørende kiropraktorbehandlings effekt.

v/ *kiropraktor O. B olding-Jensen.*

Materialet omfatter patienter fra 11 kiropraktorklinikker, og er opgjort fortløbende for ca. 100 patienter pr. kiropraktor begyndende pr. 1. oktober 1962, i alt 1118 patienter; heri fradrages 62 patienter, for hvilke kur er afbrudt og 32 patienter, for hvilke resultatet ikke er oplyst. Restmaterialet 1024 patienter modtog i alt 8550 behandlinger eller gennemsnitligt 8,3 behandlinger pr. patient.

Tilstand ved udskrivningen, beregnet for hele materialet:

Symptomfri	603 patienter	= 58,9 %	81,1 %	92,9 %
Meget bedre	227 –	= 22,2 %		
Bedre	121 –	= 11,8 %		
Uforandret.	72 –	= 7,0 %		
Værre ...	1 –	= 0,1 %		
		100 %		

Kommentarer v/ kiropraktor Henning Hviid:

Nedenfor er i skematisk form redegjort for behandlingsresultatet, for så vidt angår lidelser inden for grupperne 1-16 alt under hensyntagen til lidelsernes varighed:

Lidelsens varighed forud for behandling:		Tilstand ved udskrivning										Antal patienter i alt	Antal behandlinger i alt	Behandlinger pr. patient
		Antal patienter					% af antal behandlede patienter							
Gruppe I: Under 1 måned – II: 1 – 12 mdr. – III: Over 12 mdr.		Symptomfri	Meget bedre	Bedre	Uforandret	Værre	Symptomfri	Meget bedre	Bedre	Uforandret	Værre			
1. Myosis lumbalis	I.	128	8	4	3		90	6	3	2		143	622	4.4
(330 tilfælde)	II.	51	13	2	2		75	19	3	3		68	473	7,0
	III.	56	29	26	7	1	47	24	22	6	1	119	1036	8,7
2. Myosis cervicalis	I.	25	7		1		76	21		3		33	116	3,5
(65 tilfælde)	II.	7	3				70	30				10	54	5,4
	III.	11	5	5	1		50	23	23	5		22	197	9,0
3. Myoses var.	I.	7	6	1			50	43	7			14	60	4,3
(78 tilfælde)	II.	14	7	2	3		54	27	8	12		26	180	6,9
	III.	14	12	7	5		37	32	18	13		38	382	10,0
4. Myosis lumbalis med	I.	28	7	2	2		72	18	5	5		39	245	6,3
ischias	II.	42	10	4	5		69	16	7	8		61	576	9,4
(166 tilfælde)	III.	33	15	12	6		50	23	18	9		66	819	12,3
5. Ischias (uden myosis	I.	1					100					1	5	5,0
lumbalis)	II.	6	2	2	2		50	17	17	17		12	101	8,4
(25 tilfælde)	III.	6	4	1	1		50	33	8	8		12	198	16,5
6. Neuritis (uden ischias)	I.	1					100					1	11	11,0
(9 tilfælde)	II.		1	1	1		33		33	33		3	19	6,3
	III.	2	1	1	1		40	20	20	20		5	48	9,8
7. Cervicalt rodkompres-	I.	8	5	2	1		50	31	13	6		16	123	7,7
sionssyndrom	II.	15	6	1	1		65	26	4	4		23	198	8,6
(59 tilfælde)	III.	12	5	2	1		60	25	10	5		20	271	13,6
8. Cephalalgia	I.	5	2	2			55	22	22			9	41	4,6
(83 tilfælde)	II.	10	5				67	33				15	120	8,0
	III.	26	17	10	6		44	29	17	10		59	603	10,2
9. Migræne	I.	2	2	1			40	40	20			5	18	3,6
(34 tilfælde)	II.													
	III.	8	8	6	7		28	28	21	24		29	304	10,4
10. Posttraumatisk hjernesyndrom														
(9 tilfælde)	III.	6	2	1			67	22	11			9	100	11,1
11. Asthma og Bronchitis														
(21 tilfælde)	III.	7	9	4	1		33	43	19	5		21	223	10,6
12. Arthrosis og	I.	2	2	1			40	40	20			5	23	4,6
periarthrosis	II.	4	2	1	1		50	25	13	13		8	83	10,4
(30 tilfælde)	III.	7	5	5			41	29	29			17	183	10,8
13. Neurovasculært kompres-	I.	6					100					6	40	6,7
sionssyndrom	II.	3					100					3	36	12,0
(18 tilfælde)	III.	3	4	1	1		34	44	11	11		9	100	11,1

Lidelsens varighed forud for behandling:		Tilstand ved udskrivning												
		Antal patienter					% af antal behandlede patienter					Antal patienter i alt	Antal behandlinger i alt	Behandlinger pr. patient
Gruppe I: under 1 måned – II: 1 – 12 mdr. – III: Over 12 mdr.		Symptomfri	Meget bedre	Bedre	Uforandret	Værre	Symptomfri	Meget bedre	Bedre	Uforandret	Værre			
14. Nervosismus	II.	2	1	1			50	25	25			4	39	9,8
(25 tilfælde)	III.	5	8	5	3		24	38	24	14		21	252	12,0
15. Enterocolitis														
(4 tilfælde)	III.	2	1	1			50	25	25			4	55	13,8
16. Diverse	I.	4	1				80	20				5	18	3,6
(68 tilfælde)	II.	15	4		1		75	20		5		20	123	6,2
	III.	19	8	7	9		44	19	16	21		43	455	12,8
I alt	I.	217	40	13	7		78	14	5	3		277	1322	4,8
	II.	169	54	14	16		67	21	6	6		253	2002	7,9
	III.	217	133	94	49	1	44	27	19	10		494	5226	10,6
	I. + II. + III.	603	227	121	72	1						1024	8550	8,3

Vedrørende patientmaterialets fordeling efter lidelser er det påfaldende, i hvor høj grad lidelser i bevægelsesapparatet gør sig gældende i kiropraktorpraksis, eftersom 762 tilfælde, eller 74,4 o/o (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 og 12), fordeler sig på disse strukturer, medens 262 tilfælde, eller 25,6 %, fordeler sig på forskellige former for hovedpine, indre organer, kredsløbsforstyrrelser og en uspecificeret formentlig broget mangfoldighed af mere eller mindre veldefinerede lidelser.

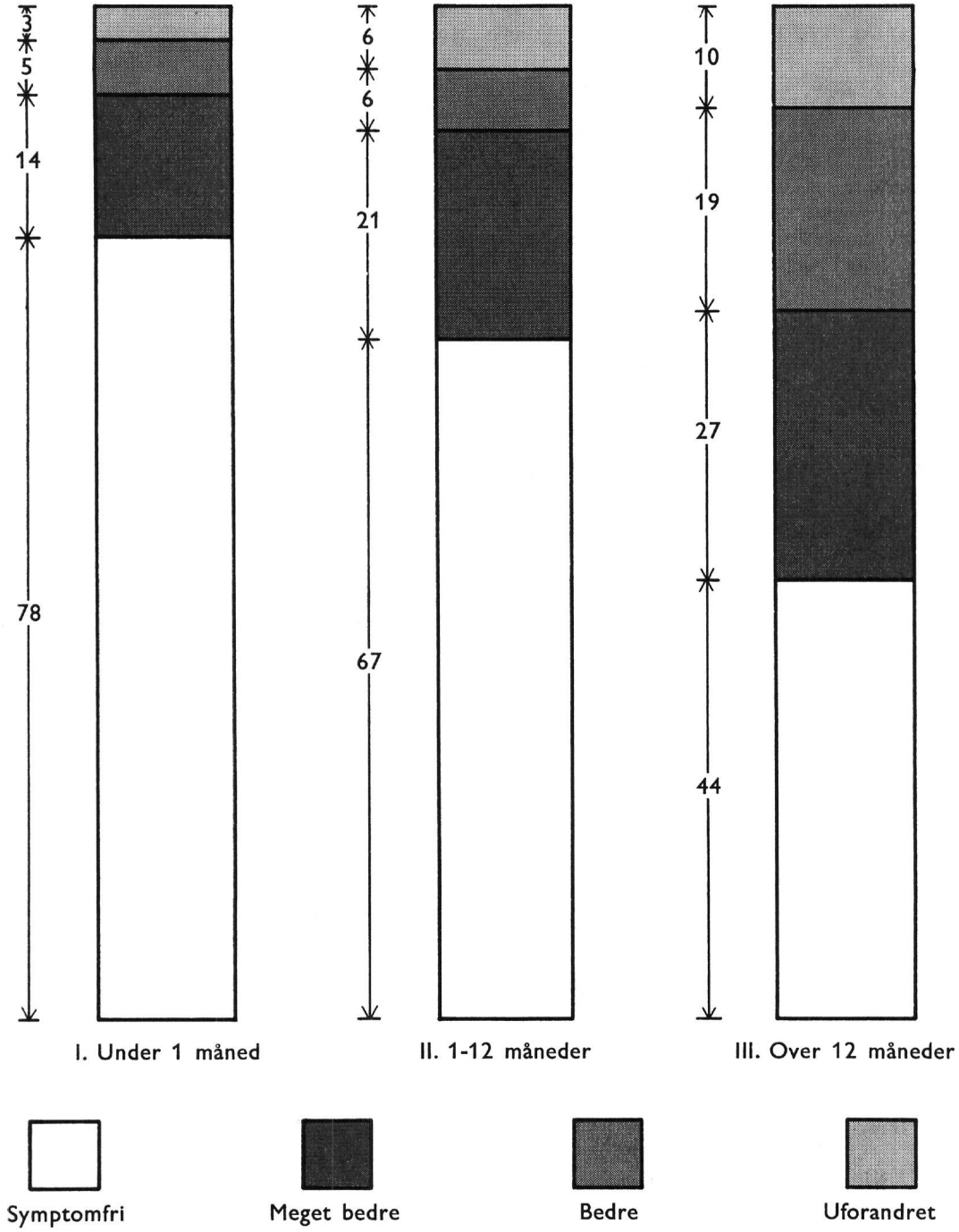
Vedrørende patientmaterialets rubricering efter lidelsernes fordeling på organsystemer henvises i øvrigt til det i kapitel II, 3, D, anførte.

Statistikken synes klart at vise, at helbredelsesprocenten (gruppen »symptomfri«) er langt større i de akutte tilfælde (under 1 måned) end i de subkroniske (1-12 mdr.) og de kroniske tilfælde (over 12 mdr.).

Dette forhold kan grafisk fremstilles på 3 søjler, der gengives nedenfor, og som repræsenterer hver af de 3 grupper:

Søjle I (under 1 måned) i alt 277 patienter,
Søjle II (1-12 mdr.) i alt 253 patienter,
Søjle III (over 12 mdr.) i alt 494 patienter.

Patientmaterialets fordeling efter bedringsprocent.



En procentuel beregning af resultaterne i grupperne I—III viser, at medens 78 % i gruppe I er »symptomfri« efter behandlingen, falder procenten til 67 i gruppe II og til 44 i gruppe III.

Til gengæld stiger procentvis antallet af patienter, der er »meget bedre« fra 14 o/o i gruppe I, over 21 °/o i gruppe II til 27 °/o i gruppe III, og medens kun 5 % i gruppe I er »bedre« efter behandling, gælder dette 6 °/o i gruppe II og 19 o/o i gruppe III.

Selv om derfor udsigten til fuld helbredelse aftager med lidelsens varighed, modsvares dette dog i betydeligt omfang af muligheden for en større eller mindre bedring endog i tilstande, der har bestået i lang tid.

Den omstændighed, at der kun for 3 % af de behandlede tilfælde i gruppe I anføres »uforandret«, medens dette gælder 6 °/o i gruppe II og 10 % i gruppe III, sammenholdt med at resultaterne »meget bedre« og »bedre« optræder i større omfang i takt med lidelsens varigher på bekostning af resultatet »symptomfri«, synes at tyde på, at der indtræder langsomt fremadskridende og irreversible forandringer, medmindre kiropraktorbehandling institueres på et tidligt tidspunkt. Behandlingen synes således at have en vis forebyggende virkning.

Da der imidlertid indtræder en større eller mindre bedring i ikke under 90 % af tilfældene selv i ugunstigste fald, synes det berettiget at konkludere, at kiropraktorbehandlingen har forårsaget bedringen og altså har en helbredende virkning, medens f.eks. tidsfaktoren i medfør af det tidligere anførte åbenbart ikke har haft nogen gunstig indflydelse.

Antallet af de behandlinger, der har været nødvendige, synes at stå i et bemærkelsesværdigt klart forhold til lidelsens varighed: jo kortere varighed, des færre behandlinger. Forholdet fremtræder meget tydeligt, dels for de enkelte lidelser, dels for det samlede resultat, som viser:

Lidelsens varighed under			1 md.:	gennemsnitlig	4,8	behandlinger	pr.	patient
–	–		1–12 mdr.:	–	7,9	–	–	–
–	–	over	12 mdr.:	–	10,6	–	–	–

Dette forhold sammenholdt med behandlingens forebyggende og helbredende virkning over for de anførte lidelser synes entydigt at pege i retning af at gøre kiropraktorbehandling let tilgængelig for befolkningen.

BILAG II, D.

Yderligere materiale forelagt udvalget vedrørende kiropraktorbehandlings effekt.

1. Kiropraktor Henning Hviid har i 1963 offentliggjort en redegørelse: Røntgenfunktionsundersøgelse af columna cervicalis (den del af hvirvelsøjlen, der omfatter halshvirvlerne). Undersøgelsen, der omfatter 50 patienter, angiver, at kiropraktisk behandling af halsen har medført forøget bevægelighed.

2. Kiropraktorerne har endvidere forelagt udvalget en amerikansk undersøgelse »A Survey and Analysis of the Treatment of Sprain and Strain Injuries af the Back and Neck in Industrial Cases«. Undersøgelsen, der angives foretaget af et af kiropraktorer og læger uafhængigt bureau, omfatter samtlige i 1956 indtrufne arbejdsbetingede skader i ryg og hals, der er registreret af den lovpligtige arbejdsulykkesforsikring i Florida, i alt 19.666 tilfælde.

Den havde til formål at sammenligne de gennemsnitlige udgifter til behandling og til erstatning af tabt arbejdsfortjeneste, det gennemsnitlige antal behandlinger pr. patient og omfanget af foretagne røntgenundersøgelser, alt efter om et skadetilfælde blev behandlet af en kiropraktor eller af en læge.

Undersøgelsen konstaterer store forskelle på de omhandlede punkter. De sammenlignende oplysninger ser således ud:

	behandlet af kiropraktor	behandlet af læge
gennemsnitlig udgift til behandling	51 $	65 $
gennemsnitlig udgift til sygedagpenge	5 $	37 $
gennemsnitligt antal tabte arbejdsdage ...	3	9
gennemsnitligt antal behandlinger	9	6
foretagne røntgenundersøgelser (%)	68	45

Efter frasortering af alle tilfælde, hvor operation var påkrævet, eller som medførte nedsat erhvervsevne, er der inden for det resterende antal tilfælde, 19.515, foretaget en særlig undersøgelse af de tilsvarende forhold vedrørende tilfælde behandlet henholdsvis af en kiropraktor og en speciallæge:

	behandlet af kiropraktor	behandlet af speciallæge
gennemsnitlig udgift til behandling	51 $	177 $
gennemsnitlig udgift til sygedagpenge	8 $	122 $
gennemsnitligt antal tabte arbejdsdage ...	2,5	30
gennemsnitligt antal behandlinger	9	18
foretagne røntgenundersøgelser (%)	68	84

Undersøgelsen synes således at vise, at antallet af tabte arbejdsdage er 3 gange højere i de tilfælde, der er behandlet af læge - 12 gange ved speciallægebehandling - end i de tilfælde, der er behandlet hos kiropraktor. De gennemsnitlige udgifter til tabt arbejdsfortjeneste synes tilsvarende at være henholdsvis 4 og 15 gange højere.

Lektor P. C. Mathiessen, det statistiske departement, har på udvalgets anmodning udtalt sig om materialets statistiske værdi. Han anfører, at de foreliggende oplysninger ikke giver nogen sikkerhed for, at det er lidelser af samme art eller sværhedsgrad, der har været behandlet af kiropraktorer og læger, henholdsvis speciallæger, og at det således ikke kan udelukkes, at de lidelser, der har været undergivet lægebehandling, generelt har været af en anden og mere alvorlig karakter end de lidelser, kiropraktorer har behandlet. Lektor Mathiessen mener endvidere, at der savnes oplysning om, hvilken sagkundskab der står bag undersøgelsen.

Kiropraktorerne har i udvalget gjort gældende, at den omstændighed, at antallet af tabte arbejdsdage ifølge undersøgelsens resultat har været 3 gange højere i de lægebehandlede tilfælde, tyder på en hurtigere virkning af kiropraktisk behandling for de pågældende lidelser. Kiropraktorerne har også fremhævet den samfundsøkonomiske interesse, der knytter sig til det forhold, at erstatningen for tabte arbejdsdage for patienter, der er behandlet af kiropraktorer, er opgjort til ca. 25 % af den erstatning, der er ydet til de lægebehandlede patienter. Endvidere har kiropraktorerne anført, at det, da såvel kiropraktorer som læger i Florida er anerkendt under ulykkesforsikringsloven, må antages, at tilfældene af kiropraktorer og læger er rubriceret efter ensartede retningslinjer, og at det derfor må anses godtgjort, at materialet består af patienter med ensartede lidelser behandlet enten af kiropraktorer eller af læger. Der kan således ikke være noget holdepunkt for at antage, at de kiropraktisk og lægeligt behandlede tilfælde har været af forskellig sværhedsgrad.

Kiropraktorerne har i denne forbindelse anført, at det af materialet fremgår, at der til brug ved sammenligningen af tilfælde behandlet af kiropraktorer eller af speciallæger er foretaget en frasortering af alle tilfælde, hvor operation har været påkrævet eller som har medført nedsat erhvervsevne. Den omstændighed, at antallet af tabte arbejdsdage har været størst ved tilfælde behandlet af speciallæger, kan efter kiropraktorernes opfattelse ikke med rimelighed tages som udtryk for, at disse tilfælde har været af mere alvorlig karakter end de af kiropraktorer behandlede, men kan muligvis forklares ved, at speciallæger har behandlet de sværeste af de lægeligt behandlede tilfælde, eller at de har anvendt mere tidkrævende behandlingsmetoder, end de praktiserende læger har benyttet.

Udvalgets øvrige medlemmer har givet udtryk for tvivl om, hvilke konklusioner det kan være berettiget at drage af de forelagte oplysninger, bl.a. fordi der ikke foreligger oplysninger om, på hvilken måde patientudvælgelsen er foretaget - herunder særlig oplysninger om, hvilken indflydelse myndighederne har haft på

denne - og fordi der ikke foreligger noget kontrolmateriale. Det er derfor ikke muligt at vide, hvorledes resultatet var blevet, såfremt de patienter, der angives behandlet af en kiropraktor, i stedet var blevet behandlet af en læge og omvendt. Udvalgets flertal mener herefter ikke at kunne acceptere oplysningerne som et videnskabeligt bevis for kiropraktorbehandlingens effekt over for ryglidelser og lidelser i halsregionen, men har dog intet grundlag for eller nogen mulighed for at betvivle, at de anførte talstørrelser er korrekte.

BILAG II, E.

Udvalgets undersøgelse af danske kiropraktorers praksisforhold i 1965.

Nedenfor gengives de oplysninger, der fremkom som resultat af udvalgets forespørgsel i 1966 til de 54 praktiserende medlemmer af Dansk Kiropraktor-Forening vedrørende deres praksisforhold i 1965:

4 kiropraktorer oplyste, at praksis først var påbegyndt i 1966, men en af disse virkede som medarbejder hos en anden kiropraktor. 4 kiropraktorer var beskæftiget i ægtefællens virksomhed, og 3, herunder den ovenfor nævnte, angaves at være medarbejder i øvrigt hos anden kiropraktor. 3 besvarelser var ufuldstændige, og 1 af de adspurgte undlod at besvare spørgsmålene. Kun 50 kiropraktorers forhold omfattes derfor af den følgende redegørelse.

Af 42 praksis med i alt 50 kiropraktorer beskæftiget havde 27 ét konsultationssted med 1 kiropraktor, 6 ét konsultationssted med 2 kiropraktorer, medens 7 havde 2 konsultationssteder med 1 kiropraktor, og 2 praksis havde 2 konsultationssteder med 2 kiropraktorer beskæftiget.

I spørgeskemaet bad man ikke oplyst, i hvilket omfang kiropraktorerne beskæftigede andet personale end kiropraktorer. Det er imidlertid for udvalget oplyst, at nogle kiropraktorer anvender kontorhjælp og bistand til røntgenfotografering, og at enkelte beskæftiger personale, der udfører fysioterapeutisk behandling, f.eks. strækbehandling.

Af besvarelserne fremgår, at der i 1965 blev taget 14.716 nye patienter i kur, eller 295 pr. kiropraktor. Med »nye patienter« menes patienter, der i 1965 for første gang har søgt hjælp hos den pågældende kiropraktor. Ved opgørelsen af det nævnte patienttal er medregnet 3 i øvrigt ufuldstændige besvarelser omfattende i alt 1.102 nye patienter, hvorfor der må bortses fra disse 3 besvarelser ved opgørelsen af det samlede antal behandlinger, der i 1965 er givet nye patienter.

Med dette forbehold udgjorde antallet af behandlinger givet nye patienter i 1965 101.405, svarende til gennemsnitlig 2.158 behandlinger pr. kiropraktor og ca. 7.5 behandlinger pr. patient. Der er inden for gennemsnittet stor variation. I en enkelt praksis med 2 kiropraktorer er således givet 12.007 behandlinger eller 6.003,5 pr. kiropraktor. Antallet af behandlinger pr. ny patient varierer mellem 3,8 og 16,0. I enkeltmandspraksis varierer antallet af behandlinger pr. ny patient mellem 3,8 og 12,0, og det gennemsnitlige antal behandlinger pr. patient er 6,4, medens de tilsvarende tal for praksis med 2 kiropraktorer er 4,1, 16,0 og 11,29.

Det samlede antal behandlinger, der i 1965 blev givet til samtlige patienter, kan, når bortses fra 3 ufuldstændige besvarelser, opgøres til 217.356, eller i gennemsnit 4.625 behandlinger pr. kiropraktor.

Uddannelse af kiropraktorer.

1. Uddannelsesmuligheder.

Der foregår i dag ikke uddannelse af kiropraktorer her i landet. I 1948-51 blev imidlertid 15 kiropraktorer uddannet i Danmark, og af disse praktiserer endnu 11 kiropraktorer her i landet. Den tidligere danske uddannelse omtales nedenfor under 4.

Uddannelse til kiropraktor foregår hovedsagelig ved kiropraktiske læreanstalter i USA og Canada. I 1965 er undervisning imidlertid påbegyndt i England på Anglo-European College of Chiropractic. Om denne læreanstalt er det oplyst, at undervisningen - med de fornødne modifikationer af hensyn til europæiske forhold - er tilrettelagt som på læreanstalterne i USA og Canada. I det følgende vil derfor - på grundlag af det materiale og de oplysninger, der er forelagt udvalget af kiropraktorerne - kun forholdene ved læreanstalterne i USA og Canada blive behandlet.

I USA og Canada findes 15 læreanstalter for uddannelse af kiropraktorer, heraf 14 i USA. Alle læreanstalter er godkendt af den ene eller begge de 2 foreninger, i hvilke kiropraktorerne i Nordamerika er organiseret: American Chiropractic Association (ACA) og International Chiropractors Association (ICA). Den godkendende forening stiller krav om et minimum på 4.200 undervisningstimer og fører i øvrigt en løbende kontrol med undervisningens standard, herunder undervisningsmateriel og lokaler. Læreanstalterne er private (selvejende institutioner). De enkelte stater og provinser stiller krav om, at en kiropraktor, der har bestået afgangseksamen fra en af disse læreanstalter, yderligere skal bestå en statseksamen (provinseksamen) i den stat eller provins, i hvilken han ønsker at praktisere, og de enkelte læreanstalter søger derfor at sikre sig, at deres undervisning er af en sådan kvalitet, at den ved læreanstalterne færdigeksaminerede kiropraktor er i stand til at opfylde de enkelte staters (provinsers) lovfæstede, men lidt varierende eksamenskrav.

2. Optagelsesbetingelser.

For at kunne blive optaget på en kiropraktisk læreanstalt i *USA* kræves (som til optagelse på universiteter), at ansøgeren har bestået »high-school eksamen« (efter 12 års skolegang). I 29 af de 48 stater i USA, i hvilke kiropraktisk virksomhed er anerkendt og reguleret, stiller lovgivningen som betingelse for adgang til den statseksamination, der er en forudsætning for retten til at praktisere, krav om 2 års forudgående collegeuddannelse, og i 3 stater kræves 1 års forudgående collegeuddannelse. Enkelte stater stiller særlige krav til den forudgående collegeuddannelse. Således kræver f.eks. staten New Jersey's lov, at den skal omfatte biologi, fysik og kemi, og i staten Georgia kræves, at collegeuddannelsen skal være taget på et college, anerkendt af universitetssammenslutninger. Krav om 2 års forudgående collegeuddannelse som optagelsesbetingelse er, så vidt vides, gennemført ved 10 af de 14 læreanstalter i løbet af 1967. Om karakteren af den collegeuddannelse, som nu i større omfang end tidligere angives at ville blive krævet som adgangsbetingelse til læreanstalterne, foreligger derimod ingen bestemte oplysninger. Det foreligger således ikke oplyst, om de colleges, hvor uddannelsen tages, skal være godkendt af kiropraktorernes organisationer eller af myndighederne, eller om undervisningen skal omfatte bestemte fag.

For at kunne blive optaget på den eneste kiropraktiske læreanstalt i *Canada* skal ansøgeren have afsluttet »secondary-school« med et sådant resultat, at vedkommende kan optages på et universitet. »Secondary-school« svarer formentlig til »high-school« i USA. Ingen af de 7 af landets 10 provinser, der har lovgivet om kiropraktik, stiller krav om videregående uddannelse før det kiropraktiske studium som betingelse for adgang til provinseksamination, der i Canada er forudsætningen for at opnå praksisret.

Ifølge de foreliggende oplysninger synes der

1 hvert fald ved nogle læreanstalter at være mulighed for at dispensere fra kravene til optagelse, således at den studerende, der ikke helt opfylder kravene, optages på prøve og således, at det forudsættes, at der senere præsteres bevis for, at optagelsesbetingelserne nu er opfyldt.

Ved de kiropraktiske læreanstalter i USA og Canada kan optages studerende med såkaldt »advanced standing«, d.v.s. at de studerendes tidligere uddannelse på andre læreanstalter, f.eks. lægeskoler, kan erstatte indtil 2 år af studierne ved den kiropraktiske læreanstalt. Bestået lægeeksamen kan altså kun medregnes med 2 år, således at en færdigeksamineret læge må studere ved den kiropraktiske læreanstalt i 2 år for at bestå afsluttende eksamen dér. Den forudgående uddannelse, der skal berettige til advanced standing, skal være taget ved et college eller universitet.

Specielt for danske, der måtte ønske optagelse på en kiropraktisk læreanstalt, foreligger der en aftale mellem Dansk Kiropraktor-Forening og 7 af de største læreanstalter om, at danske statsborgere kun optages, hvis deres kvalifikationer er godkendt af Dansk Kiropraktor-Råd, og kun disse skoler anbefales de studerende. Som betingelser for, at en student kan opnå godkendelse af Dansk Kiropraktor-Råd, kræves 18 års alder og bestået dansk studentereksamen eller tilsvarende kundskaber. Endvidere kræves, at den pågældende lovligt kan praktisere her i landet, d.v.s. at han skal have dansk indfødsret eller have opholdt sig i Danmark i 10 år, jfr. § 26 i lov om udøvelse af lægegerning, lovbekendtgørelse nr. 236 af 9. august 1955. Endelig må den pågældende ikke lide af legemlige eller psykiske defekter, der gør ham uegnet til at virke som kiropraktor.

3. Eksempel på forholdene ved en læreanstalt for kiropraktorer i USA.

Uanset at de enkelte læreanstalter som nævnt søger at tilrettelægge uddannelsen af kiropraktorer således, at de studerende, når de har bestået afgangseksamen fra læreanstalten, har tilstrækkelige kundskaber til at bestå en statseksamen i de enkelte stater, som anerkender kiropraktik, er der dog mindre forskelle mellem læreanstalternes uddannelsesprogrammer, f.eks. vedrørende timetallet.

Da det med henblik på at beskrive kiropraktoruddannelsen ikke skønnes nødvendigt og næppe heller muligt i overskuelig form at give en sammenfattende beskrivelse af uddannelsen ved alle de kiropraktiske læreanstalter, behandles som eksempel forholdene ved National College of Chiropractic (N.C.C.), der blev oprettet i 1906 i Lombard, en forstad til Chicago i Illinois.

Denne læreanstalt udgiver en studievejledning indeholdende oplysninger om uddannelsesforholdene, »Bulletin of Information«, Catalogue Issue, og den følgende beskrivelse bygger på dennes 1963-65 udgave.

For at kunne blive optaget som studerende ved N.C.C. skal en ansøger have bestået »high-school «-eksamen eller have tilsvarende uddannelse samt have bestået eller samtidig med undervisningen i 1. semester bestå en modenhedsprøve eller en standard adgangsprøve til college. Der foretages endvidere en bedømmelse af ansøgerens personlighed, og ansøgere med legemlige eller psykiske mangler, der gør dem uegnede for studiet eller for senere virksomhed som kiropraktor, optages ikke. 20% af ansøgerne optages ikke af disse årsager.

Der er også ved denne læreanstalt mulighed for optagelse med »advanced standing«, d.v.s. at tidligere uddannelse, f.eks. på lægeskole, kan erstatte indtil 2 år af studietiden på N.C.C. Den forudgående uddannelse skal i så fald være taget på en læreanstalt, anerkendt af staten Illinois' myndigheder.

Som led i det kiropraktiske studium er der ved N.C.C. mulighed for at tage den akademiske grad »Bachelor of Science«[1]). Læreanstalten er autoriseret af staten Illinois' undervisningsdepartement og er af USA's undervisningsministerium registreret i fortegnelse for de højere uddannelser.

A. Uddannelsens tilrettelæggelse og indhold.

Undervisningen strækker sig over 4 kalenderår opdelt i 9 semestre å 4 måneder med i alt 4.496 timer. Studerende, der måtte ønske dette, kan dog, hvis de evner det, gennemføre studiet på kortere tid end 4 kalenderår, men med fuldt timetal.

I de første 8 semestre foregår undervisningen hovedsagelig ved afholdelse af forelæsninger og ved laboratoriearbejde. I denne del af studiet gives dog sideløbende praktisk undervisning, medens det 9. semester udelukkende omfatter

[1]) Ifølge beretning II fra planlægningsrådet for de højere uddannelser (1968 s. 43) er uddannelse til en bachelor-grad (derunder Bachelor of Science) fundamentet i amerikansk højere uddannelæ.

praktikanttjeneste ved en af læreanstaltens 2 klinikker. Undervisningen foregår i de første 8 semestre 5 dage ugentlig (mandag til fredag) fra kl. 8.30 til 15.00, medens praktikantundervisningen i 9. semester gives 6 dage ugentlig. Undervisningen følger i øvrigt et bestemt fastlagt skema. En undervisningstime er på 60 minutter, og der lægges megen vægt på, at de studerende overværer undervisningen. Fravær, der overstiger $12^1/_2$ % af timerne i et enkelt semester, medfører, at semestret må tages om.

Uddannelsen i de 9 semestre er tilrettelagt således, at de studerende i dens første del indføres i de grundlæggende fag, der er forudsætningen for den senere kliniske uddannelse. I de første 4 semestre undervises således først og fremmest i anatomi, fysiologi, kemi, biokemi, patologi og psykologi. Sideløbende gives der dog også propædeutisk undervisning i kiropraktiske fag, herunder den særlige kiropraktiske lære og teknik, således at de studerende ved gennemgangen af de grundlæggende fag er bekendt med kiropraktikkens grundbegreber. Endvidere undervises i hygiejne og socialmedicin. Undervisningen omfatter forelæsninger og laboratoriearbejde.

Uddannelsens anden del, den kliniske uddannelse, hvoraf hovedparten gives i de senere semestre, omfatter foruden den teoretiske klasseundervisning i de enkelte fag, der illustreres ved hjælp af patienter, og laboratorieforsøg også egentlig klinik-uddannelse, hvorigennem de studerende stadig mere selvstændigt deltager i og udfører praktikantarbejde. Det sidste semester anvendes udelukkende til praktikanttjeneste. Der henvises i øvrigt til underbilaget til nærværende bilag, der indeholder en semesterplan for uddannelsen.

Af den samlede undervisning på 4.496 timer anvendes i alt 1.248 timer til den særlige kiropraktisk-kliniske uddannelse, heraf 592 timer til behandlings- og undersøgelsesteknik, 576 timer til praktikanttjeneste og 80 timer til discipliner, der nogenlunde svarer til det danske fag fysiurgi.

Den grundlæggende uddannelse.

Uddannelsen i anatomi er opdelt i en række kurser omfattende embryologi (fosterets udvikling) herunder dissektion af et foster, dissektion i øvrigt, histologi (vævslære), osteologi (knoglelære), myologi (muskellære), syndesmologi (læren om sener og led), angiologi (læren om blodkar), splanknologi (organlære) og neurologi (nervelære, herunder såvel centralnervesystemet som det perifere nervesystem). I alt omfatter undervisningen i anatomi - forelæsninger og laboratoriearbejde - 640 timer, hvoraf 240 timer anvendes til dissektion.

I faget fysiologi, hvor undervisningen også er opdelt i kurser, undervises i de første 3 semestre i kredsløb og åndedræt, hvorunder blodets sammensætning og funktion, hjertets forhold samt luftskiftet gennemgås.

De studerende undervises i muskel- og nervesystemet; funktionsforskelle vedrørende tværstribet og glat muskulatur samt hjertemuskulatur og deres forbindelse med nervesystemet gennemgås. Nervevævets sensoriske og motoriske funktion og virkning på andre dele af det menneskelige legeme gennemgås.

Der undervises i fordøjelse, stofskifte og intern sekretion, herunder indtagelse og omsætning af levnedsmidler i organismen, og i kulhydraters, proteiners og fedtstoffers kemi samt enzymers, vitaminers og hormoners sammensætning og funktion.

Undervisningen i fysiologi i de første 3 semestre omfatter i alt 256 timer og foregår dels ved forelæsninger dels ved laboratorieforsøg.

I faget kemi, hvor undervisningen også omfatter såvel forelæsninger som laboratorieforsøg, undervises i organisk og uorganisk kemi samt biokemi. Undervisningen omfatter 304 timer i 1.-3. semester.

Faget patologi omfatter en række kurser, hvorunder de studerende undervises i sygdommenes natur og årsager. Der gennemgås i 3. og 4. semester kurser i almindelig patologi, og de studerende får kendskab til smitsomme sygdomme. Undervisningen i almindelig patologi, inklusive laboratoriearbejde, omfatter 160 timer.

Skønt de første 4 semestre overvejende anvendes til undervisning i de grundlæggende fag anatomi, fysiologi, kemi og patologi, i alt 1.360 timer, påbegyndes allerede tidligt undervisning i kiropraktik, herunder kiropraktisk undersøgelses- og behandlingsteknik.

Et grundlæggende kursus i undersøgelsesteknik i 1. semester omfatter de strukturelle og funktionelle forhold i ryg- og bækkenparti, de forskellige knogle- og ledstrukturers type og virkemåde, hvirvelåbningernes afgrænsninger, omgivelser og formforandringer ved forskellige fysiologiske og patologiske stillings- og bevægelsesforandringer. De forskellige former for lokale og generelle statiske og dynamiske påvirkninger af led, muskler, nerver og blodkar

gennemgås, og de studerende opøves i at stille diagnoser på grundlag af legemlige fund ved træning i inspektion, palpation, testning og brug af måleapparater med det formål at gøre dem egnede til at lokalisere unormale tilstande og vurdere deres art og betydning.

Undervisning i forekomsten og udviklingen af neurologiske fænomener hos hvirveldyrene gives i 2. semester, og i tilslutning hertil undervises i hvirvelsøjlens og nervesystemets indflydelse på samspillet mellem organismens andre systemer og organer af betydning for sundheds- og sygdomsprocesserne i den menneskelige organisme.

De studerende modtager en omfattende undervisning i kiropraktisk behandlingsteknik. Den påbegyndes i 3. semester og fortsættes gennem hele studiet. Herunder indøves øvelser til optræning af de specielle nervebaner og muskelgrupper, der skal aktiveres under behandlingens udførelse. Den oprindelige kiropraktiske teknik (håndgreb) Toggle Recoil demonstreres for og indøves af de studerende på model og markeres på andre studerende. Mere enkle former for rotatoriske håndgreb mod hoved og hals demonstreres for og markeres af de studerende på hinanden. Recoilbehandling (den klassiske kiropraktorbehandling) af ryghvirvler og rotationsbehandling af hovedet og forskellige halshvirvler gennemføres på andre studerende. Recoilbehandling og rotationsbehandling af lændehvirvler og bækkenknogler og mere komplicerede rotations- og recoilbehandlinger af halshvirvler indøves. De forskellige håndgreb indøves for hvert enkelt led i hals, ryg, lænd og bækken. Endvidere indøves refleksbehandling og lignende.

De studerende, der også behandler patienter fra læreanstaltens klinikker, overvåges og korrigeres af instruktører.

Der undervises ikke kun i behandling af hvirvelsøjle og bækken, men de studerende lærer også at behandle andre led, f.eks. skulder-, ribbens- og fodled.

Ved undervisningen i behandlingsteknik tilsigtes samtidig at opøve de studerendes evne til at vurdere musklernes og leddenes tilstand samt til at vurdere, hvilken behandlingsform der bør anvendes, og hvorledes behandlingen bør udføres.

Først på et mere fremskredent stadium af undervisningen i undersøgelses- og behandlingsteknik tager de studerende selvstændig stilling til patienternes tilstand og ansvaret for behandlingens gennemførelse. I de 4 første semestre anvendes i alt 256 timer til den specielle undervisning i kiropraktik.

I undervisningen i 1. og 2. semester indgår mikrobiologi, herunder laboratoriearbejde, med 192 timer, hvor de studerende får kendskab til undersøgelse af mikroorganismer ved brug af mikroskop.

Der undervises 32 timer i psykologi i 3. semester og 80 timer i hygiejne samt socialmedicin i 4. semester. I hygiejne overværer de studerende forelæsninger i såvel personlig hygiejne som samfundshygiejne. De orienteres om renovationsspørgsmål, drikkevands indflydelse på sundheden, levnedsmidler som smittekilde og om socialmedicinske spørgsmål som alkoholisme, narkotikamisbrug og mentalhygiejne.

I alt anvendes 1.920 timer til den grundlæggende uddannelse.

Den kliniske uddannelse.

Anden del af studiet omfatter den kliniske uddannelse dels bestående i teoretisk klasseundervisning og laboratoriearbejde inden for de enkelte fag, dels i en praktisk uddannelse bl.a. på læreanstaltens 2 klinikker.

I fysiologi undervises i fysiologiske fejlfunktioner (afvigelser), deres symptomer og sygelige virkninger. Undervisningen gives i 6. semester og omfatter 112 timer.

I kemi gives kurser i toxikologi og ernæringskemi i 5. semester. Kurserne i ernæringskemi - i alt 80 timer - omfatter vitaminers, mineralers og enzymers kemiske virkning og deres terapeutiske anvendelse.

I 5. semester undervises i speciel patologi. Denne undervisning har særlig betydning for diagnosticering, og der lægges f.eks. vægt på at lære de studerende at skelne mellem forskellige former for svulster og mellem forskellige sygelige processer i knogler og led. Specielle forelæsninger afholdes vedrørende funktionelle og organiske sygdomme i kredsløbs-, åndedrætsog nervesystem m.v. Timetallet er 224.

I psykologi undervises i 80 timer i 6. semester.

Den specielle undervisning i kiropraktiske fag, der blev påbegyndt i studiets første del, fortsættes; bl.a. gives undervisning i undersøgelses- og behandlingsteknik og i kliniske metoder.

Undervisning i røntgenundersøgelse af hvirvelsøjle og bækken gives. Der undervises i optagelsesteknik, placering af patienten, indstilling af røntgenrør og bedømmelse af film.

Endvidere undervises i ortopædi, navnlig med henblik på kendskab til ryggens, bækkenpartiets og føddernes forhold. De studerende gennemgår kinesiologi (bevægelseslære) og opøves i måling af ledbevægelser og i anden måleteknik, f.eks. måling af ben, for at være i stand til eventuelt at konstatere ulige benlængder, der antages at have indflydelse på ryggens statik og dynamik.

Faget diagnostik anses som en nødvendig forudsætning for mange af de kliniske fag. Undervisningen indledes i 5. semester og strækker sig over 4 semestre. De studerende undervises i alle diagnostiske metoder, der anvendes af kiropraktorer.

I laboratoriet øves almindelige undersøgelser af urin, spyt og fæces, foretagelse af kemiske blodprøver, tælling af blodlegemer m.v.

Et kursus i fysikalsk diagnostik omfatter anamnese, inspektion, palpation og auskultation samt undersøgelse af reflekser.

De studerende opøves i brugen af stetoskop og andre instrumenter, således sfygmomanometer til blodtryksmåling. Der undervises i brugen af elektrokardiograf og elektroencefalograf.

Særlige kurser gives i mave- og tarmundersøgelse og i undersøgelse af kredsløb og åndedrætsorganer, kønsorganer og urinveje.

Den samlede teoretiske undervisning i diagnostik inklusive laboratoriearbejde omfatter 320 timer. Undervisningen må ses i sammenhæng med undervisningen i kiropraktisk undersøgelsesteknik og røntgenundersøgelse. Herudover får de studerende under den praktiske uddannelse i klinikken, der omtales nærmere nedenfor, lejlighed til at diagnosticere i praksis under opsyn og kontrol.

Røntgenologi, hvori undervisning gives i 6. og 8. semester, omfatter røntgenfotografering og -diagnostik, men ikke røntgenterapi. De studerende gøres bekendt med det tekniske og teoretiske grundlag for røntgenfotografering. Der øves i fotografering, ikke alene af ryg og bækken, men af alle led og organer. Undervisning gives i gennemlysning og optagelse af levende røntgenfilm. Der foretages sammenligninger mellem de ved røntgenundersøgelse og andre undersøgelsesformer gjorte fund. Det samlede timetal er 192.

Som supplement til den teoretiske kliniske undervisning i form af forelæsninger og laboratorieøvelser, illustreret ved kliniske demonstrationer, gennemgår de studerende i de sidste 4 semestre en egentlig praktisk uddannelse. Denne omfatter laboratorietjeneste på læreanstaltens laboratorium, der er anerkendt af staten Illinois' sundhedsmyndigheder. Sideløbende med den øvrige undervisning i 7. og 8. semester arbejder de studerende som praktikanter i en af de 2 klinikker, der er knyttet til N.C.C. Endvidere anvendes 9. semester udelukkende til praktikanttjeneste på klinikkerne.

Laboratorietjenesten, der udføres efter 4. semester uden for de normale daglige studietider, omfatter træning i udførelse af alle laboratorieprøver, som ikke kræver operative indgreb eller indgift af medikamenter, f.eks. urinanalyser, hæmatologiske og blodkemiske prøver, dyrkning af bakteriekulturer m.v. Der foretages sammenligninger mellem de ved prøverne gjorte fund og fund fremkommet ved anvendelse af andre diagnostiske metoder på patienten, og der lægges vægt på differentialdiagnostik. Laboratorietjenesten omfatter 80 timer.

Læreanstaltens 2 klinikker, hvor den praktiske undervisning i 7.-9. semester foregår, har 12-15 afdelinger med hver sit undersøgelsesformål inden for fagene elektrodiagnostik, øjensygdomme, øre-, næse- og halssygdomme, ortopædi, neurologi, børnesygdomme, hud- og kønssygdomme, obstetrik og gynækologi samt alderdomssygdomme.

I 7. semester, hvor uddannelsen gives i form af »clerk-ship«, anvendes et »tutor«-system, idet hver studerende (clerk) har en ældre student (senior) som vejleder. Den studerende får lejlighed til at overvære alle faser i hver enkelt afdelings arbejde og får derved det første indblik i den praktiske side af arbejdet med patienter fra journaloptagelse, undersøgelse og diagnosestilling til behandling og eventuel henvisning til anden undersøgelse.

I form af en turnus inden for de enkelte specialafdelinger fortsætter den praktiske undervisning i 8. semester - »junior externship« - fremdeles sideløbende med klasseundervisningen. Praktikanten påbegynder under vejledning og opsyn arbejde ved journal optagelse og undersøgelse af patienter. Hans tilegnelse af kundskaber kontrolleres.

Undervisningen i sidste semester - »senior externship« — er udelukkende praktikanttjeneste. Praktikanten foretager, stadig under kontrol, på egen hånd klinisk undersøgelse, ordinerer laboratorie- eller røntgenundersøgelse eller anden specialundersøgelse, stiller diagnoser, tilrettelægger og udfører behandling eller foretager henvisning til anden undersøgelse og eventuel behandling.

Alle praktikanter fra »clerks« til »senior externs« deltager i ugentlige klinikkonferencer med den øvrige stab, hvor de enkelte tilfælde gennemdrøftes ud fra de forskellige afdelingers synspunkter, og hvor man følger de patienter, der er henvist til anden behandling.

Om patientmaterialet på de 2 klinikker er det oplyst, at der modtages patienter til ambulante undersøgelser. Patienterne henvender sig af egen drift eller henvises eventuelt af andre professioner inden for sygdomsbekæmpelsen. Patientmaterialet omfatter alle professioner og aldersgrupper og dækker alle i praksis forekommende sygdomme.

Klinikkerne anvender forskellige diagnostiske metoder, der ikke omfatter anvendelse af medicin eller indgift af kontraststoffer i blodsystem eller rygsøjle. Der opkræves gebyr; dette dækker ikke omkostningerne ved klinikkernes drift og betragtes alene som vederlag for de materialer, der medgår til undersøgelse og eventuel behandling. Såfremt undersøgelsen indicerer dette, henvises patienten til anden behandling uden for klinikken. Det er oplyst, at ca. 3 % af de patienter, der har konsulteret læreanstaltens klinikker, henvises til andre praktiserende (practitioners).

Blandt de lærerkræfter, der varetager undervisningen af de studerende på National College of Chiropractic, er ingen læger; dette gælder også undervisningen på de 2 klinikker.

Fakultetet ved læreanstalten omfatter - foruden kiropraktorer - farmakologer, biologer, kemikere, psykologer og røntgenteknisk kyndige[2]). Af lærerkræfterne har flere haft hospitalsansættelse i større eller mindre omfang.

Under afslutningen af udvalgets arbejde er udvalget blevet gjort bekendt med en studieplan fra N.C.C. for perioden 1967-69, af hvilken det fremgår, at studiet nu er udvidet, således at uddannelsen i stedet for 9 semestre å 4 måneder nu strækker sig over 10 trimestre (= semestre) å 4 måneder med i alt 4.904 timers undervisning. Det fremgår af studieplanen, at den forlængede studietid væsentligst skyldes en udvidelse af den kliniske tjeneste, der i stedet for 656 timer nu omfatter 920 timer.

Kiropraktorerne i udvalget har oplyst, at denne forlængelse af studiet efter det for dem oplyste ikke skyldes krav fra de amerikanske myndigheder, og at uddannelsen ved de øvrige kiropraktiske læreanstalter fortsat følger de retningslinjer for undervisningen, som er gennemgået ovenfor, hvorfor udvalget ikke kan betragte ændringerne i uddannelsen ved N.C.C. som generelle for kiropraktoruddannelsen og derfor fortsat må lægge de ovenfor beskrevne uddannelsesvilkår til grund ved vurderingen af denne.

B. Eksaminer på N.C.C.

Efter hvert enkelt semester afholdes skriftlig eksamen i alle fag, hvori der er undervist, 3 prøver i hvert fag. Der gives karakterer indenfor skalaen A-F, idet A = udmærket, B = godt, C = middel, D = bestået, E = betinget og F = ikke-bestået. De studerende skal mindst opnå karakteren »D« (bestået) i alle fag for at kunne fortsætte undervisningen i det følgende semester. Det er tilladt en studerende 2 gange at indstille sig til ny prøve i fag, som ikke er bestået ved første eksamen. Såfremt karakteren »E« opnås, kan ny prøve dog tages senest samtidig med næste semesters eksamen, uden at den studerende behøver at følge undervisningen i det fag, hvori karakteren »E« er opnået. Opnåelse af karakteren »F« bevirker derimod, at hele semesteret må tages om. Den karakter, der gives i hvert enkelt fag, bygger dels på det opnåede gennemsnit i de 3 skriftige prøver, dels på resultatet af hjemmearbejde (opgaveskrivning) og det daglige arbejde samt endelig på omfanget af deltagelse i undervisningen, opførsel og flid.

Såfremt den studerende har gennemført undervisningen i de 9 semestre tilfredsstillende, d.v.s. har opnået tilstrækkelige karakterer (bestået), er 21 år gammel, har opfyldt sine økonomiske forpligtelser over for læreanstalten, skønnes at have gode karakteregenskaber og i øvrigt anbefales til »graduation« af læreanstaltens medarbejdere, får han tildelt graden »Doctor of Chiropractic«.

Om eksamensresultater er det overfor udvalget oplyst, at den procentvise fordeling af karakterer ved 1.680 afsluttende eksaminer var følgende:

A:	udmærket	13,9 %
B:	godt	19,7 %
C:	middel	35,1 %
D:	bestået	17,4 %
E og F:	betinget og ikke-bestået	13,9 %
		100 %

De indbetalte, ikke ubetydelige undervisnings-

[2]) Ingen af de nævnte har lægeuddannelse.

gebyrer og andre udgifter refunderes forholdsmæssigt, såfremt den studerende af forskellige årsager ikke fuldfører undervisningen.

C. Supplerende uddannelse.

Efter at have bestået afsluttende eksamen og fået tildelt graden »Doctor of Chiropractic« kan kiropraktoren, efter bestået statseksamen, etablere selvstændig praksis. Før praksis etableres, kan kiropraktoren dog tage supplerende uddannelse enten ved kliniktjeneste på en af læreanstaltens klinikker eller ved at gennemgå undervisning i bestemte fag efter eget valg. Om praktiserende kiropraktorer i USA henvises til redegørelsen i kapitel V.

Danske, der er uddannet som kiropraktorer i udlandet, søger ofte efter hjemkomsten at erhverve praktisk erfaring i dansk kiropraktisk klinikarbejde, før de etablerer praksis.

Om praktiserende kiropraktorer i Danmark herunder om deres organisationsmæssige forhold, henvises til redegørelsen i kapitel II.

4. Den ældre danske uddannelse.

Som nævnt i indledningen til nærværende bilag er 11 eller ca. 20 % af de kiropraktorer, der i dag som medlemmer af Dansk Kiropraktor-Forening praktiserer her i landet, uddannet i Danmark.

Dansk Kiropraktor-Forening nedsatte i 1947 en uddannelseskommission til at tilrettelægge og forestå uddannelse og eksaminer. Der foreligger for udvalget kun meget sparsomme oplysninger om denne uddannelse, hvorunder der kun uddannedes ét hold kiropraktorer. Studiet var i lighed med amerikansk og canadisk kiropraktoruddannelse på den tid normeret til 3 år, hvortil kom et halvt års obligatorisk turnustjeneste hos et praktiserende medlem af Dansk Kiropraktor-Forening. Undervisningen var opdelt i et frit studium og obligatorisk undervisning. Efter det oplyste omfattede det frie studium filosofikum, anatomi, fysiologi, biokemi, neuroselære, hygiejne, bakteriologi og diætetik. Undervisningen i disse fag foregik derved, at de studerende blev tilrådet at følge universitetets forelæsninger i fagene, og ved at en af skolens lærere, der var speciallæge i ortopædi og røntgenologi, manuducerede studenterne og holdt eksaminatorier i de forskellige fag.

Den obligatoriske undervisning omfattede fysiske og kemiske øvelser, patologi, symptomatologi, almindelig røntgenologi, patientundersøgelse og demonstration (på klinik), førstehjælp, kontraindikationer, orientering i grænsefag (ortopædi, obstetrik m.fl.). Denne undervisning blev ledet af en læge.

Endvidere underviste kiropraktorer i røntgenfotograf ering (praksis), spinografi (røntgenanalyse af columna), fag - engelsk, kiropraktikkens historie, teori og etik, kiropraktisk undersøgelses- og behandlingsteknik, kiropraktisk klinik og legemsmekanik.

Der afholdtes skriftlige eksaminer efter hvert semester i såvel frie som obligatoriske fag, og inden afsluttende skriftlig og mundtlig eksamen skulle filosofikum være bestået.

Efter bestået afsluttende eksamen modtog den studerende et eksamensbevis og efter et halvt års turnustjeneste tillige et diplom, der gav adgang til optagelse i Dansk Kiropraktor-Forening på lige fod med de i USA uddannede kiropraktorer.

Også Europæisk Kiropraktor Union anerkender uddannelsen som ligestillet med den amerikanske og canadiske kiropraktoruddannelse.

Semesterplan for kiropraktoruddannelsen ved National College of Chiropractic (N. C. C).

I bilag II, F, er nærmere redegjort for uddannelsens tilrettelæggelse og indhold ved National College of Chiropractic. Nedenfor er gengivet en skematisk oversigt over uddannelsen. Oversigten hidrører fra N.C.C.'s »Bulletin of Information«, Catalogue Issue, 1963-65.

1. Den grundlæggende uddannelse (1. del).

	Enheder		Timer (60 min.)	Samlet timetal
	Forel.	Lab.		
1. år. (1. semester).				
Anatomi (embryologi)	4	1/2	80	
Anatomi (histologi)	3	1	80	
Anatomi (osteologi)	2		32	
Kemi (uorganisk)	3	1	80	
Kiropraktik (grundlæggende undersøgelsesteknik)	1	1	48	
Mikrobiologi (grundtræk)	3	1	80	
Fysiologi (åndedræt, kredsløb)	3	1	80	
	19	5 1/2		480
1. år. (2. semester).				
Anatomi (histologi)		1	32	
Anatomi (myologi)	2		32	
Anatomi (angiologi, splanknologi)	3		48	
Anatomi (centralnervesystemet)	3		48	
Kemi (organisk)	5		80	
Kiropraktik (grundbegreber)		1	32	
Mikrobiologi (patologisk)	3		48	
Mikrobiologi (patologisk, laboratorieøvelser)		2	64	
Fysiologi (muskler og nerver)	4	1	96	
	20	5		480
2. år. (3. semester).				
Anatomi (det perifere nervesystem)	3		48	
Kemi (biokemi)	5		80	
Kemi (biokemiske laboratorieøvelser)		2	64	
Kiropraktik (behandlingsteknik: nakke, hals, brysthvirvler)		1 1/2	48	
Kiropraktik (behandlingsteknik: fod, knæ, skulder og ribben)		1 1/2	48	
Patologi (grundlæggende)	3	1	80	
Psykologi (grundlæggende)	2		32	
Fysiologi (intern sekretion, stofskifte)	3	1	80	
	16	7		480
2. år. (4. semester).				
Anatomi (dissektion)	5	5	240	
Kiropraktik (behandlingsteknik: lænd, bækken, refleks)		2 1/2	80	
Hygiejne (herunder samfundshygiejne)	3		48	
Patologi (smitsomme sygdomme)	3	1	80	
Socialmedicin	2		32	
				480
I alt (1. del)				1920

2. Den kliniske uddannelse (2. del).

	Enheder Forel.	Enheder Lab.	Timer (60 min.)	Samlet timetal
3. år. (5. semester).				
Kiropraktisk praksis (førstehjælp)	1	1/2	32	
Diagnostik (laboratorieundersøgelser)		2	64	
Diagnostik (fysikalsk)	5		80	
Patologi (speciel)	3		48	
Patologi (speciel, laboratorieøvelser)		1 1/2	48	
Patologi (cancer)	3	1	80	
Patologi (led)	3		48	
Kemi (toksikologi)	2		32	
Kemi (ernæring)	3		48	
3. år (6. semester).	20	5		480
Psykologi	5		80	
Kiropraktisk røntgenundersøgelse		1	32	
Kiropraktik (elektroterapi)	2		32	
Diagnostik (kredsløb)	3		48	
Fysiologi (klinisk)	3		48	
Fysiologi (klinisk, laboratorieøvelser)		2	64	
Røntgenologi (teknik, tydning af film)	3		48	
Røntgenologi (teknik, tydning af film, laboratorieøvelser)		3	96	
Kiropraktik (kinesiologi)		1	32	
4. år (7. semester).	16	7		480
Kiropraktisk praksis (ortopædi)		2 1/2	80	
Kiropraktik (korrelativ teknik)		2 1/2	80	
Kiropraktik (elektroterapi)		1 1/2	48	
Kiropraktisk praksis (neurologi)	3	1	80	
Kiropraktik (diætetik)	2		32	
Kiropraktisk praksis (obstetrik)	2		32	
Kiropraktisk praksis (gynækologi)	3		48	
Diagnostik (mave, tarm, kredsløb, åndedræt)	5		80	
4. år (8. semester).	15	7 1/2		480
Kiropraktik (kliniske metoder)		2 1/2	80	
Kiropraktik (etik og økonomi)	2		32	
Kiropraktisk praksis (diagnostik vedr. øjen-, øre-, næse- og halslids).	3		48	
Kiropraktisk praksis (pædiatri)	3		48	
Kiropraktik (traktion og hydroterapi)		2	64	
Kiropraktisk praksis (dermatologi og venerologi)	3		48	
Kiropraktik (retskiropraktik)	2		32	
Kiropraktisk praksis (geriatri)	2		32	
Diagnostik (elektrocardiografi og stofskifte)		1 1/2	48	
Røntgenologi (korrelativ)		1 1/2	48	
4. år (9. semester).	15	7 1/2		480
Kliniktjeneste			576	576
Laboratorieøvelser (kliniske)			80	80
(kan dog tages efter 3. års 1. semester) I alt (2. del)				2576

Forelæsningsenheder i alt 134 — Laboratorieenheder i alt 53

Klinik i alt 656 timer — Samlet timetal (60 min.) 4496

Et semester er på 16 uger. En »enhed« svarer til 16 forelæsningstimer pr. semester eller 32 timers laboratorieøvelser.

Oplysninger vedrørende Dansk Kiropraktor-Forenings love og kollegiale vedtægter.

Ifølge Dansk Kiropraktor-Forenings love, der senest er revideret i 1969, er foreningens formål at samle alle kiropraktorer, der ifølge lovene kan optages som medlem, og at varetage standens interesser såvel udadtil som indadtil og således virke til fremme af kiropraktikken i Danmark (§ 1).

Som ordinært medlem kan optages dansk statsborger, der praktiserer som kiropraktor her i landet, og som har bestået eksamen ved en af DKF anerkendt kiropraktisk læreanstalt. Ved indgivelse af ansøgning om at blive optaget som medlem skal straffeattest foreligge.

Det er for udvalget oplyst, at DKF nu har anerkendt 6 læreanstalter i USA, 1 i Canada og 1 i England.

De 6 læreanstalter i USA, der er anerkendt af DKF, er godkendt af en af de to amerikanske kiropraktororganisationer, American Chiropractic Association og International Chiropractors Organization. Læreanstalterne har endvidere forpligtet sig til kun at optage sådanne danske statsborgere som studerende, som opfylder DKF's kvalifikationskrav.

Disse krav er optaget i § 16 i foreningens love, hvoraf det fremgår, at for at en person, der eventuelt ønsker på et senere tidspunkt at blive optaget som medlem, kan påbegynde studiet ved en af de anerkendte kiropraktiske læreanstalter, skal vedkommende være godkendt af Dansk Kiropraktor-Råd (DKR). Hertil kræves, at den pågældende har bestået studentereksamen eller har erhvervet tilsvarende kundskaber, er 18 år, og efter uddannelsens afslutning vil opfylde betingelsen for at kunne opnå praksisret her i landet (tage patienter i kur), d.v.s., at han skal have dansk indfødsret eller have opholdt sig her i landet i 10 år, jfr. § 26 i lov om udøvelse af lægegerning, lovbekendtgørelse nr. 236 af 9. august 1955. Vedkommende må i øvrigt ikke lide af legemlige eller psykiske defekter, der gør ham uskikket til at virke som kiropraktor (lovenes § 4 og § 17).

Det er endvidere oplyst, at DKF ved generalforsamlingsbeslutning i oktober 1968 har vedtaget, at fremtidige kiropraktorstuderende *skal* gennemgå mindst $^1/_2$ års turnustjeneste hos et medlem af DKF, forinden selvstændig praksis påbegyndes.

Dansk Kiropraktor-Råd består af 3 medlemmer. DKF's formand er næstformand (§ 12). Rådet tager stilling til ansøgninger om medlemskab og udsteder, når godkendelse har fundet sted, autorisationsbevis. Rådet har forskellige andre opgaver. Det skal således have opmærksomheden henledt på, om medlemmerne foretager handlinger, der kan skade foreningen og standens interesser såvel indadtil som udadtil og på, om medlemmerne fortsat opfylder de for autorisationens meddelelse fornødne betingelser for så vidt angår ophold her i landet og legemlig og sjælelig egnethed til at udøve virksomhed som kiropraktor. Rådet skal vejlede medlemmerne i sager, som måtte blive rejst mod dem i deres egenskab af kiropraktorer. Endvidere fungerer rådet som kollegial ret i stridigheder i foreningsanliggender og i sager, hvor et medlem klager over et andet medlems forhold som kiropraktor. Der kan ikendes bøder og eksklusion med mulighed for appel til generalforsamlingen. Endelig fungerer rådet som opmand i stridigheder mellem medlemmerne af økonomisk, professionel karakter, der afgøres ved faglig voldgift (§§ 13-15).

Foreningens love indeholder kollegiale vedtægter (§ 22), blandt andet bestemmelser om »konkurrenceklausuler«. Konsultationssteder må ikke oprettes på hotelværelser, i pensionater o.lign., men tidsbegrænset dispensation kan gives. Det er ikke tilladt et medlem at beskæftige en assistent, lønnet eller ulønnet, til udførelse af sædvanlig kiropraktisk behandling, medmindre assistenten er medlem af foreningen. DKR kan dog dispensere herfra for en kortere periode. Et medlem må ikke arbejde som kiropraktor hos en person eller institution, der ikke er medlem af foreningen. Ej heller må et medlem i almindelighed undervise andre i kiroprak-

tisk behandling. Undtagelse herfra gælder, hvis underviseren er lærer ved en af DKF anerkendt kiropraktisk læreanstalt, eller den underviste har eksamensbevis fra en sådan læreanstalt.

Medlemmerne har pligt til at føre ordnede optegnelser over deres behandling af syge og at opbevare sådanne optegnelser og røntgenbilleder i 10 år. Endelig indeholder de kollegiale vedtægter reklameringsbestemmelser, der nærmere fastsætter, i hvilket omfang skiltning og avertering må finde sted.

Ifølge § 26, stk. 2, i lov om udøvelse af lægegerning er det forbudt ikke-læger - bortset fra at give en almindelig meddelelse om vedkommendes adresse - at reklamere med at tage syge i kur. DKF's kollegiale vedtægter indeholder hertil svarende bestemmelser om reklamering.

BILAG II, H.

Oplysninger vedrørende danske kiropraktorers takster.

På udvalgets anmodning foretog Dansk Kiropraktor-Forening i 1964 en undersøgelse af, hvilke takster de enkelte medlemmer af foreningen anvendte ved beregningen af vederlag for ydet behandling samt hvilken betalingsmåde, der anvendtes, f.eks. kontant. Foreningen udsendte spørgeskemaer til 50 praktiserende kiropraktorer med i alt 58 konsultationssteder. Af de adspurgte undlod kun 2 medlemmer med ét konsultationssted at svare.

Af besvarelserne fremgik, at kiropraktorerne anvendte 3 forskellige slags takster, nemlig én takst for 1. konsultation incl. røntgenundersøgelse, men excl. behandling (gruppe 1), én takst for 1. konsultation excl. røntgenundersøgelse (gruppe 2) og endelig én takst for behandling pr. gang (gruppe 3). Stort set alle kiropraktorer anvendte dette takstgruppe-system, men 10 kiropraktorer anvendte dog ikke særlig takst for 1. konsultation excl. røntgenundersøgelse.

Inden for de enkelte takstgrupper forekom ret stor forskel mellem billigste og dyreste takst. Således varierede de anvendte takster i gruppe 1 mellem 60 og 125 kr., i gruppe 2 mellem 15 og 40 kr. og i gruppe 3 mellem 15 og 25 kr. 38 af 48 kiropraktorer (eller 79,17 o/o) anvendte honorarer mellem 60 og 90 kr. i gruppe 1—1. konsultation incl. røntgenundersøgelse, men excl. behandling -. Inden for takst gruppe 2 - 1. konsultation excl. røntgenundersøgelse - anvendte 26 af 48 kiropraktorer (eller 54,17 o/o) honorarer mellem 15 og 30 kr. Endelig lå honorarerne for behandling pr. gang i gruppe 3 hos 46 af 48 kiropraktorer (eller 95 %) mellem 15 og 20 kr. pr. gang.

Der anvendtes flere forskellige betalingsmåder. Således anvendte 25 kiropraktorer kontant betaling, d.v.s. betaling samme dag, undersøgelse eller behandling fandt sted. 1 kiropraktor anvendte betaling forud, idet der anvendtes et kortsystem med samlet betaling for *5-6* behandlinger. Endvidere anvendte 4 kiropraktorer betaling bagud, d.v.s. at betaling først skete, når behandling af pågældende patient var afsluttet. 5 kiropraktorer stillede patienterne frit mellem at vælge kontant betaling eller betaling forud, 10 kiropraktorers patienter kunne vælge mellem at betale kontant eller bagud, og endelig havde 3 kiropraktorers patienter valgfrihed mellem alle 3 betalingsformer.

De nævnte takster er, siden undersøgelsen blev foretaget, forhøjet under hensyn til prisudviklingen, således som det også er tilfældet med andre takster af tilsvarende karakter.

Gældende danske regler om autorisation af medicinalpersonale med dansk uddannelse.

1. Læger, jfr. bekendtgørelse nr. 236 af 9. august 1955 af lov om udøvelse af lægegerning.

I henhold til lægelovens § 1 tilkommer retten til at udøve lægegerning og betegne sig som læge kun den, der har modtaget autorisation i henhold til lægelovens §§ 2 og 3. Den, der har bestået dansk lægevidenskabelig embedseksamen, og som har aflagt lægeløftet, har krav på at få meddelt autorisation (såkaldt »A-autorisation«), der berettiger til virksomhed i underordnet lægestilling på sygehus eller som amanuensis hos selvstændigt praktiserende læge m.m. Autorisation til virksomhed som selvstændigt praktiserende læge (såkaldt »B-autorisation«) forudsætter yderligere, at den pågældende bl.a. har udført en vis praktisk tjeneste som lægekandidat på et sygehus. I henhold til lovens § 4, stk. 1, må en læge ikke uden særlig tilladelse betegne sig som speciallæge. Tilladelsen meddeles af sundhedsstyrelsen efter indstilling af specialistnævnet.

Den, der uden at have autorisation som læge betegner sig som læge eller på anden måde, der er egnet til at vække formodning om, at han har sådan autorisation, kan straffes i henhold til lægelovens § 23.

Det er ikke præciseret i loven, hvad begrebet »lægegerning« indeholder, men af bestemmelserne i lovens kapitel VI fremgår det indirekte, at retten til at tage syge i kur ikke generelt er forbeholdt personer, der er autoriseret som læge.

I henhold til lægelovens § 14, stk. 2, er kun læger berettigede til at udøve den lægevirksomhed, som udkræves ifølge forsikrings- og forsørgelseslovene og lovgivningen i øvrigt.

Hvis en person efter at have mistet retten til at virke som læge vedblivende udøver sådan virksomhed, kan han straffes i henhold til lægelovens § 21, stk. 2.

2. Sygeplejersker, jfr. lov nr. 127 af 25. maj 1956 om sygeplejersker.

I henhold til lovens § 1 har kun den, der har modtaget autorisation i henhold til loven, ret til at udøve virksomhed som sygeplejerske og betegne sig som sygeplejerske.

Den, der uberettiget betegner sig som eller bibringer andre indtrykket af at være sygeplejerske, kan straffes i henhold til lovens § 9.

Det er ikke i loven nærmere bestemt, hvad der skal forstås ved at udøve virksomhed som sygeplejerske, og pleje af syge kan ikke under alle forhold være forbeholdt autoriserede sygeplejersker.

Lovens § 5, stk. 2, er sålydende: »Det er sygeplejersken forbudt at ændre den af en læge ordinerede behandling.« Det er hermed præciseret, at sygeplejersken i relation til lægen er underordnet, men der er ikke dermed udtalt noget om, i hvilket omfang en sygeplejerske må »udøve lægegerning«. Dette må afgøres ud fra tradition m.v.

3. Tandlæger, jfr. lov nr. 190 af 11. juni 1954 om udøvelse af tandlægevirksomhed som ændret ved lov nr. 170 af 24. maj 1955 og lov nr. 187 af 26. maj 1965.

Ifølge lovens § 1 er retten til at betegne sig som tandlæge og til at udøve selvstændig virksomhed som sådan forbeholdt den, der har bestået eksamen for tandlæger og herudover har dokumenteret at have haft en nærmere i loven omhandlet praktisk virksomhed som klinisk assistent hos en autoriseret tandlæge eller en tilsvarende uddannelse.

Uberettiget benyttelse af betegnelsen tandlæge vil kunne straffes i henhold til tandlægelovens § 8 (straf for overtrædelse af lovens bestemmelser).

Begrebet tandlægevirksomhed er defineret i lovens § 3, og uberettiget udøvelse af tandlægevirksomhed kan straffes i henhold til lovens

4. Jordemødre, jfr. lov nr. 90 af 31. marts 1953 om udøvelse af jordemodergerning.

Ifølge lovens § 1 er retten til at udøve jorde-

modergerning og betegne sig som jordemoder forbeholdt den, der har modtaget autorisation i henhold til loven.

I medfør af lovens § 5, stk. 1, har sundhedsstyrelsen i cirkulære af 15. august 1960 fastsat nærmere regler om jordemoder gerningens indhold.

Overtrædelse af eneretsbestemmelserne vil kunne straffes i medfør af lovens § 19, stk. 2, (straf for andre overtrædelser af loven).

5. *Hospitalslaboranter,* jfr. cirkulære af 30. juni og 8. oktober 1958 fra uddannelsesnævnet for hospitalslaboranter og indenrigsministeriets cirkulære af 13. oktober 1966.

I autorisationsordningen for hospitalslaboranter er ikke indeholdt særlige bestemmelser om eneret til stillingsbetegnelse eller virksomhedsudøvelse, men stillingsbetegnelsen er muligvis beskyttet ved den almindelige bestemmelse i straffelovens § 131. Derimod er virksomheden som hospitalslaborant ikke ved lov forbeholdt autoriserede laboranter. Eneretsspørgsmålet vil i øvrigt næppe komme frem i praksis, idet autorisationsordningen vel udelukkende tjener det formål at yde vejledning overfor de ansættende myndigheder inden for sygehusvæsenet med hensyn til, om den pågældende ansøger har gennemgået den foreskrevne uddannelse.

6. Terapiassistenter, jfr. lov nr. 154 af 8. maj 1968.

Ifølge lovens § 1 forstås ved udtrykket »terapiassistent« i denne lov ergoterapeut (tidligere: beskæftigelsesterapeut) og fysioterapeut.

Ifølge § 6 må kun personer, der er autoriseret som ergoterapeut eller fysioterapeut, anvende disse betegnelser eller betegnelsen terapiassistent, og overtrædelse af denne bestemmelse kan straffes efter lovens § 11.

Derimod er ergoterapeutisk eller fysioterapeutisk virksomhed ikke forbeholdt terapiassistenter.

Ifølge lovens § 7, stk. 2, må en terapiassistent kun foretage sygebehandling ifølge lægeordination og er forpligtet til stedse nøje at rette sig efter lægens anvisninger.

BILAG III, B.

Gældende danske regler vedrørende tilladelse for medicinalpersonale med udenlandsk uddannelse til at udøve virksomhed her i landet.

1. Læger, jfr. bekendtgørelse nr. 236 af 9. august 1955 af lov om udøvelse af lægegerning.

Ifølge lægelovens § 3, stk. 3, kan indenrigsministeren under særlige omstændigheder efter erklæring fra det lægevidenskabelige fakultet og sundhedsstyrelsen give personer, der ikke opfylder betingelserne for at opnå autorisation som læge efter afsluttet dansk uddannelse, (»for at opnå de i § 2 omtalte autorisationer«), men som i udlandet har erhvervet tilsvarende uddannelse, tilladelse til at betegne sig som læge og til at udøve lægegerning her i landet.

Indenrigsministeriets cirkulære af 19. august 1969 med tilhørende vejledning indeholder nærmere regler om adgang for læger med udenlandsk lægeeksamen til udøvelse af lægevirksomhed i Danmark m.v. Cirkulæret sondrer mellem midlertidig og varig tilladelse til at virke som læge her og indeholder endvidere regler om, under hvilke betingelser personer med udenlandsk lægevidenskabelig eksamen kan tage dansk lægevidenskabelig embedseksamen, eventuelt på lempede vilkår. Der bortses i det følgende fra eventuelle krav om opholds- og arbejdstilladelse.

a. Midlertidig tilladelse til at betegne sig som læge og udøve lægegerning her i landet kan i almindelighed kun forventes meddelt for en nærmere angivet stilling ved et bestemt sygehus eller sygehusafdeling. Tilladelsen vil være betinget af, at ansøgeren findes at have tilstrækkelig uddannelse til på betryggende måde at varetage den lægestilling, som ansøgningen vedrører, og det vil i almindelighed være en forudsætning for, at tilladelse gives, at ansøgeren har tilstrækkelig færdighed i det danske sprog, om end kravene i så henseende varierer efter stillingens (afdelingens) art. Midlertidig tilladelse til at virke

som læge her i landet kan normalt ikke forventes for et samlet tidsrum af mere end 2 år.

b. Varig tilladelse til at virke som læge her i landet kan kun gives til læger med udenlandsk eksamen, når denne findes i alt væsentligt at kunne ligestilles med dansk lægeuddannelse og kun, når der foreligger særlige omstændigheder, der taler for ansøgningens imødekommelse. Tilladelse vil normalt kun kunne forventes meddelt, såfremt ansøgeren er dansk statsborger eller kan dokumentere en ganske særlig tilknytning til Danmark (eventuelt er statsborger i andet nordisk land). Kendskab til det danske sprog forudsættes, og det vil endvidere i almindelighed være en forudsætning, at ansøgeren har bestået en prøve ved det lægevidenskabelige fakultet ved et dansk universitet i nærmere angivne fag, alt afhængig af den foreliggende dokumentation for den pågældendes uddannelse. I alle tilfælde kræves prøve i dansk medicinallovgivning, herunder receptskrivning og socialmedicin. Endelig må ansøgeren inden en i hvert enkelt tilfælde fastsat frist have gennemgået den i lægelovens § 2, stk. I, jfr. stk. 6, omhandlede praktiske uddannelse eller tilsvarende uddannelse.

I overensstemmelse med bestemmelserne i den mellem Danmark, Finland, Norge og Sverige i 1965 indgåede overenskomst om fælles nordisk arbejdsmarked for læger gælder for statsborgere i disse lande særlige regler om tilladelse til varigt at virke som læge her i landet.

Efter ansøgning vil der blive meddelt dem autorisation som læge i Danmark, såfremt de har bestået henholdsvis finsk medicinsk licentiateksamen, norsk medicinsk embedseksamen (og gennemgået forskreven kursus tjeneste) eller svensk medicinsk licentiateksamen, og såfremt de på dette grundlag har erhvervet og vedblivende har ubegrænset autorisation i det land, hvor eksamen er bestået. Under i øvrigt tilsvarende betingelser berettiger bestået lægevidenskabelig eksamen i ikke-nordisk land sådanne personer til at få autorisation som læge her i landet.

Der kræves bestået prøve ved et medicinsk fakultet i dansk medicinallovgivning, herunder receptskrivning og socialmedicin.

c. Læger med udenlandsk uddannelse, der ikke opfylder betingelserne for at opnå varig tilladelse til at virke som læge her i landet, kan ansøge om at måtte aflægge lægevidenskabelig embedseksamen ved det lægevidenskabelige fakultet ved et dansk universitet. Dansk statsborgerskab eller ganske særlig tilknytning til Danmark vil være en forudsætning for sådan tilladelse. Under hensyntagen til ansøgerens lægevidenskabelige uddannelse i udlandet vil der, såfremt omstændighederne i det hele måtte tale for ansøgningens imødekommelse, kunne meddeles tilladelse til at aflægge dansk lægevidenskabelig eksamen med visse lempelser i de normerede eksamenskrav.

Efter bestået dansk eksamen er ansøgeren stillet som enhver anden dansk læge, d.v.s. der kan meddeles autorisation, der berettiger den pågældende til at virke i underordnet lægestilling på sygehus, som skibslæge eller som amanuensis hos eller midlertidig stedfortræder for en praktiserende læge (såkaldt »A-autorisation«). Autorisation til selvstændig lægevirksomhed (såkaldt »B-autorisation«) forudsætter yderligere, at den i lægelovens § 2, stk. I, jfr. stk. 6, omhandlede praktiske uddannelse er gennemgået.

2. Sygeplejersker, jfr. lov nr. 127 af 25. maj 1956.

Ifølge lovens § 3 kan personer, der ikke har bestået afsluttende eksamen på en af sundhedsstyrelsen godkendt sygeplejeskole her i landet, men som i udlandet har erhvervet en tilsvarende uddannelse, under særlige omstændigheder få autorisation som sygeplejerske.

Finske, norske og svenske sygeplejersker kan få autorisation som sygeplejerske her i landet uden at gennemgå yderligere uddannelse. Denne ordning er nu blevet kodificeret i en overenskomst mellem Danmark, Finland, Norge og Sverige om fælles nordisk arbejdsmarked for sygeplejersker. Overenskomsten er endnu ikke trådt i kraft. For så vidt angår sygeplejersker fra andre lande end de nævnte vil der i praksis blive stillet krav om supplerende uddannelse, før autorisation kan meddeles.

Gennem de særlige internationale udvekslingsprogrammer (Sygeplejerskers Samarbejde i Norden og International Council of Nurses) kan udenlandske sygeplejersker få tilladelse til at arbejde som sygeplejerske her i landet uden dansk autorisation i indtil 2 år.

3. Tandlæger, jfr. lov nr. 190 af 11. juni 1954 om udøvelse af tandlægevirksomhed som ændret ved lov nr. 170 af 24. maj 1955 og lov nr. 187 af 26. maj 1965.

Ifølge lovens § 1, stk. 6, kan personer, der i

udlandet har erhvervet en uddannelse svarende til dansk tandlægeuddannelse, under særlige omstændigheder få tilladelse til at betegne sig som tandlæge og udøve virksomhed som sådan. I praksis er sådanne tilladelser hidtil i ret vidt omfang blevet givet til midlertidig virksomhed som klinisk assistent uden særlig prøve. I enkelte tilfælde er der givet tilladelse til udøvelse af selvstændig tandlægevirksomhed efter prøve i de bestemmelser, der gælder her i landet for tandlægevirksomhed.

Indenrigsministeriet overvejer for tiden spørgsmålet om fastlæggelse af nærmere retningslinjer - svarende til de for læger gældende - med hensyn til adgangen for tandlæger med udenlandsk uddannelse til at opnå tilladelse til at betegne sig som tandlæge og udøve virksomhed som sådan.

Ved overenskomst af 16. december 1966 mellem Danmark, Finland, Norge og Sverige om fælles nordisk arbejdsmarked for tandlæger er indført bestemmelser svarende til lægemarkedsoverenskomstens om adgang for disse landes statsborgere til at opnå autorisation som tandlæge i et andet overenskomstland. Tandlægeloven indeholder i § 1, stk 5, en herpå for Danmarks vedkommende sigtende bestemmelse. I praksis kræves kendskab til de bestemmelser, der gælder her i landet for tandlægevirksomhed.

4. Jordemødre, jfr. lov nr. 90 af 31. marts 1953 om udøvelse af jordemodergerning.

Ifølge lovens § 3 kan personer, der ikke har lærebrev som jordemoder her i landet, men som i udlandet har erhvervet en tilsvarende uddannelse, under særlige omstændigheder få autorisation til at udøve jordemodergerning og betegne sig som jordemoder. I praksis kræves oftest tillægsuddannelse.

5. Terapiassistenter, jfr. lov nr. 154 af 8. maj 1968.

Lovens § 1, stk. 4, bestemmer, at der kan meddeles autorisation til personer, der i udlandet har gennemgået en uddannelse svarende til den danske. Loven åbner mulighed for, at der kan stilles krav om tillægsuddannelse.

Terapiassistentloven omfatter både ergoterapeuter (tidligere: beskæftigelsesterapeuter) og fysioterapeuter. Der foreligger udkast til en overenskomst mellem Danmark, Finland, Norge og Sverige om fælles nordisk arbejdsmarked for fysioterapeuter efter tilsvarende retningslinjer som de nævnte overenskomster vedrørende læger, sygeplejersker og tandlæger.

BILAG III, C.

Lægeuddannelsen i Danmark.

1. Indledning.

Ved kgl. anordning af 26. juni 1967 om lægevidenskabelig embedseksamen ved Københavns og Århus universiteter blev der indført nye bestemmelser om lægevidenskabelig embedseksamen. Undervisningsministeriets bekendtgørelse af 27. juni 1967 indeholder overgangsbestemmelser, der i nærmere angivet omfang giver studerende, der har påbegyndt uddannelsen under den ældre studieordning (kgl. anordning af 26. august 1954 med senere ændringer), adgang til at fuldende studierne efter disse regler.

De nye bestemmelser om lægevidenskabelig eksamen bygger på forslag indeholdt i »Betænkning om lægeuddannelsen i Danmark«, der i 1964 blev afgivet af et af fakulteterne i 1962 nedsat udvalg.

Af betænkningen fremgår, at der på forskellige punkter kunne rettes kritik mod den ældre studieordning. Studiet var 2-delt med en normeret studietid på henholdsvis 2 ½ og 4 år for matematisk-naturvidenskabelige studenter (3 V2 og 4 år for sproglige studenter), men den gennemsnitlige faktiske studietid for 1. dels studerende var for matematisk-naturvidenskabelige studenter ca. 4 år.

Andre kritikpunkter var de 2 deleksaminas store omfang og den manglende mulighed for ved en forprøve at udskille studieuegnede på et tidligt tidspunkt. Endvidere var laboratorieundervisningen og undervisningen i øvrigt i visse fag af utilstrækkeligt omfang, visse fag savnedes i undervisningen, i nogle fag var pensa og eksamenskrav for store, og det kunne være ønskeligt at placere fag på et andet trin i uddannelsen end hidtil. Den kliniske tjeneste var

ikke tilstrækkelig effektivt tilrettelagt, og der savnedes tidssvarende koordination af undervisningen i de enkelte fag.

Udvalgets forslag hviler på det synspunkt, at den uddannelse, der skal føre studenten frem til en medicinsk embedseksamen, skal være en fælles grunduddannelse for alle læger (såkaldt uddannelse til »basic doctor«). Denne uddannelse skal efterfølges af en videreuddannelse, der skal bibringe kandidaten de specielle kundskaber og færdigheder, som er nødvendige for den særlige gerning, han stiler imod enten som alment praktiserende læge, speciallæge eller teoretisk specialist.

2. Uddannelsen til »basic doctor«.

Efter § 1 i den nævnte kgl. anordning af 26. juni 1967 består den lægevidenskabelige embedseksamen af følgende deleksamina: forprøve, 1. del A, 1. del B, 2. del A og 2. del B. Der er herved tilvejebragt mulighed for en tidligere udskillelse af uegnede studenter og de 2 tidligere deleksamina er opdelt. Anordningens § § 2-10 indeholder nærmere regler om de fag, der omfattes af de enkelte deleksamina, og ifølge § 11 fastsætter fakulteterne nærmere bestemmelser vedrørende undervisningen. Fakulteterne kan endvidere beslutte at godkende kurser og hospitalstjenester i andre lande samt prøver aflagt i andre lande, således at sådanne kan træde i stedet for dansk uddannelse, jfr. det i bilag III, B, anførte.

»Vejledning og regler for det lægevidenskabelige studium ved Københavns Universitet«, 1967, udgivet af det lægevidenskabelige fakultet, indeholder for dette universitets vedkommende en kort redegørelse for formålet med undervisningen og en oversigt over fag- og timefordelingen.

Det fremgår af den i bilag **III,** D, gengivne samlede oversigt over studieordningen af 1967 med tabel 1 og 2, der hidrører fra den nævnte vejledning, at 1. dels studiet, A og B, (det præ-kliniske studium) er opdelt i 6 semestre og 2. dels studiet, A og B (det kliniske studium) i 7 semestre. Den normerede studietid er 6V2 år, men forventes senere nedbragt til 6 år som af udvalget foreslået.

Timetallet for 1. og 2. del er i alt 2909. Heri er dog ikke medregnet 96 timers forelæsning i filosofi, ejheller undervisningen ved kliniske kurser i 3. og 4. semester i 2. del A. Denne undervisning omfatter et 5 måneders kursus i medicin og kirurgi, 3 kurser af 1 måneds varighed i henholdsvis psykiatri, pædiatri og obstetrik og gynækologi, V2 måneds kursus i henholdsvis neurologi og dermato-venerologi samt endelig valgfri klinisk tjeneste af 1 måneds varighed. Disse 10 måneders kliniske kurser, hvori også indgår vagttjeneste, skønnes at beslaglægge ca. 1730 timer[1]), således at det samlede timetal for hele universitetsuddannelsen kan opgøres til ca. 4735 timer.

Den nye studieordning imødekommer også i øvrigt kritikken mod den ældre ordning. Der er således i studiets 1. del indført udvidet undervisning i fysik og genetik med statistik. Som nye fag er indført biofysik og medicinsk psykologi og undervisningen i kemi og anatomi er begrænset noget.

Studiets 2. del omfatter samme fag som under den ældre studieordning. Undervisningen i patologisk anatomi, almindelig patologi (medicinsk mikrobiologi) og farmakologi er dog placeret i 1. og 2. semester af hensyn til disse fags betydning for den øvrige kliniske uddannelse.

Den praktiske kliniske uddannelse — tidligere volontør- og praktikanttjeneste - er forkortet noget, bl.a. under hensyn til lægeuddannelsens karakter af en fælles grunduddannelse, der forudsættes efterfulgt af en videreuddannelse for de enkelte grupper af læger, men er samtidig søgt tilrettelagt således, at undervisningen intensiveres, og således, at de studerende i videre omfang end tidligere inddrages i arbejdet på de enkelte sygehusafdelinger.

Endelig lægges der vægt på at fremme integrationen imellem de kliniske fag indbyrdes og mellem disse og de prækliniske fag derved, at der i 2. del B gives tværgående undervisning ved symposier og konferencer, hvori lærere fra forskellige discipliner deltager.

Ifølge § 2, stk. 1, i lov om udøvelse af lægegerning, lovbekendtgørelse nr. 236 af 9. august 1955, kan den, der har bestået lægevidenskabelig embedseksamen, efter begæring få meddelt autorisation som læge, (såkaldt »A-autorisation«), jfr. § 18 i kgl. anordning af 27. juni 1967. Den pågældende kan herefter, jfr. lægelovens § 3, virke i underordnet lægestilling på sygehus, som skibslæge eller som amanuensis hos eller midlertidig stedfortræder for en praktiserende læge.

[1]) Dette tal må dog tages med et vist forbehold som følge af varierende undervisningsforhold ved de forskellige hospitalsenheder.

3. Videreuddannelsen til selvstændig lægevirksomhed (alment praktiserende læge).

Ifølge de gældende regler, lægelovens § 2, stk. 1, jfr. stk. 6, kan en læge opnå autorisation til at udøve selvstændig virksomhed som fødselshjælper og læge (såkaldt »B-autorisation«), når den pågældende har gennemgået klinisk kursus i fødselsvidenskab og efter eksamen har gjort tjeneste som lægekandidat på et sygehus. Ved indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 24 af 3. februar 1965 er »turnustjenestens« varighed fastsat til 12 måneder.

I betænkningen om lægeuddannelsen i Danmark foreslås i forbindelse med en afkortning af den praktiske tjeneste under »grunduddannelsen«, jfr. overfor under 2, at der fremtidig stilles krav om, at læger, der ønsker autorisation til at praktisere selvstændigt, skal have gennemgået 24 måneders klinisk uddannelse efter lægevidenskabelig embedseksamen, således at denne uddannelse i nærmere angivet omfang skulle foregå ved hospitalsafdelinger med bestemte specialer. Udover de 24 måneders praktiske tjeneste skulle de pågældende læger efter forslaget gennemgå 2 måneders teoretisk og klinisk kursusuddannelse i socialmedicin, hygiejne og farmakologi m.v.

Ændrede bestemmelser om forudsætningerne for at opnå ret til at drive selvstændig lægepraksis vil nødvendiggøre en ændring af lægelovens regler og af indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 24 af 3. februar 1965 om den i § *2*, stk. 6, i lægeloven omhandlede obligatoriske sygehustjeneste for lægevidenskabelige kandidater. Sådanne ændringer overvejes for tiden i indenrigsministeriet og lovforslag ventes fremsat i folketingssamlingen 1969-70.

4. Speciallægeuddannelsen.

En læge må ikke uden særlig tilladelse betegne sig som speciallæge, jfr. lægelovens § 4, stk. 1. Indenrigsministeriet har, senest ved bekendtgørelse nr. 148 af 22. april 1966, fastsat nærmere regler om, inden for hvilke specialer sådan tilladelse kan meddeles, og om betingelserne herfor. Som betingelse kræves autorisation til at udøve selvstændig virksomhed som læge og fødselshjælper (såkaldt »B-autorisation«), jfr. ovenfor under 3 om lægelovens § 2, og 1 års klinisk virksomhed i praksis eller uden for afdelinger, hvor hoveduddannelsen og i almindelighed sideuddannelsen i vedkommende speciale kan erhverves. Endvidere kræves en hoveduddannelse af mindst 3 års varighed på afdelinger, der dækker selve specialet og en sideuddannelse af mindst 1 års varighed.

Det følger heraf, at en læge, der har bestået lægevidenskabelig embedseksamen, derefter er under uddannelse i mindst 6 år for at kunne få tilladelse til at betegne sig som speciallæge. Sundhedsstyrelsen har ved bekendtgørelse af 1. februar 1967 fastsat regler om uddannelsen af speciallæger, og det fremgår heraf, at kravene til hoved- og sideuddannelsen i visse specialer medfører, at den samlede uddannelsesperiode efter bestået embedseksamen er 8V2 år.

Spørgsmålet om bortfald af kravet om, at en vordende speciallæge skal have opnået »B-autorisation« som forudsætning for specialistanerkendelse, er under overvejelse i indenrigsministeriet i forbindelse med de omtalte ændringer i lægeloven.

Uddrag af »Vejledning og regler for det lægevidenskabelige studium ved Københavns Universitet« (1967).

Samlet oversigt over studieordningen af 1967

Præmedicinsk uddannelse for sproglige studenter (et semester)

Fysik (Eksaminatorier 88 timer, øvelser 36 timer)		124 timer
Kemi (Eksaminatorier)		45 timer
		169 timer
Filosofi (forelæsninger)		48 timer
		217 timer

Ikke-pointsgivende prøve i fysik og kemi.

1. dels studiet

Forprøven (1. og 2. semester)

Kemi (forelæsninger 60 timer, øvelser 50 timer, eksaminatorier 90 timer)		200 timer
Fysik (forelæsninger 36 timer, øvelser 36 timer)		72 timer
Genetik (forelæsninger 20 timer, eksaminatorier 17 timer, øvelser 20 timer)		57 timer
Medicinsk statistik (forelæsninger 17 timer, regneøvelser 10 timer)		27 timer
Celle- og vævslære (forelæsninger 40 timer, øvelser 60 timer)		100 timer
Medicinsk psykologi (forelæsninger)		40 timer
		496 timer
Filosofi (forelæsninger)	(48)	96 timer
	(544)	592 timer

Eksamen i celle- og vævslære, kemi + fysik, genetik -\- medicinsk statistik samt filosofi.
Ikke-pointsgivende prøve i medicinsk psykologi.

1. del A (3. og 4. semester)

Anatomi	260 timer
(Systematisk anatomi - forelæsninger 12 timer, eksaminatorier 142 timer - ialt 154 timer) Speciel histologi og speciel embryologi - forelæsninger 22 timer, kursus 84 timer (incl. 28 introduktionsforelæsninger) - ialt 106 timer)	
Biokemi	228 timer
Eksaminatorier 96 timer, øvelser 72 timer, forelæsninger 60 timer)	
	488 timer

Eksamen i biokemi og anatomi.

1. del B (5. og 6. semester)

Biofysik (forelæsninger 46 timer, øvelser 16 timer, demonstrationer 8 timer)	70 timer
Fysiologi (forelæsninger 55 timer, eksaminatorier 78 timer, øvelser 44 timer, skriveøvelser 15 timer, demonstrationer 12 timer, seminarer 6 timer)	210 timer
Anatomi	70 timer
(Neuroanatomi - eksaminatorier 20 timer, topografisk anatomi (kursus) 50 timer)	
	350 timer

Eksamen i fysiologi incl. biofysik og neuroanatomi. Ikke pointsgivende prøve i topografisk anatomi i tilknytning til kursus.

2. dels studiet

2. del A (1. og 2. semester)

1. semester

Orienterende forelæsninger	10 timer
Propædeutisk kursus i intern medicin	45 timer
Propædeutisk kursus i kirurgi	45 timer
Patologisk anatomi (forelæsninger 30 timer, demonstrationer 15 timer)	45 timer
Mikrobiologi (forelæsninger 20 timer, laboratorieøvelser 45 timer)	65 timer
Farmakologi (forelæsninger)	30 timer
Infektionssygdomme (forelæsninger og demonstrationer)	15 timer
Fysiurgi (forelæsninger og demonstrationer)	15 timer
o .	270 timer

2. semester

Patologisk anatomi (forelæsninger 15 timer, histologisk kursus 30 timer)	45 timer
Medicinsk mikrobiologi (forelæsninger)	45 timer
Farmakologi (forelæsninger senere evt. demonstrationer)	45 timer
Hygiejne og præventiv medicin (forelæsninger)	45 timer
- - (ekscursioner)	
Arvepatologi (forelæsninger)	15 timer
	195 timer

Eksamen i patologisk anatomi, medicinsk mikrobiologi, farmakologi samt i hygiejne, præventiv medicin og arvepatologi.

Kliniske kurser (3. og 4. semester)

3. semester

Klinisk kursus i medicin og kirurgi 5 måneder, herunder kursus i klinisk kemi (1 uge) og anæsthesiologi (2 uger) samt:

Anæsthesiologi (forelæsninger)	10 timer
Patologisk anatomi (demonstrationer)	20 timer
Psykiatri (forelæsninger)	20 timer
Røntgendiagnostik (forelæsninger og demonstrationer)	20 timer
	70 timer

4. semester

Klinisk kursus i psykiatri	1 måned
- pædiatri	1 måned
- obstetrik og gynækologi	1 måned
- neurologi	1/2 måned
- - dermato-venerologi	i/2 måned
Valgfrit	1 måned

2. del B (5.-7. semester)

5. semester

Tværgående undervisning, symposier m. v.	30 timer
Systematisk undervisning i medicin og kirurgi (forelæsninger)	90 timer
Patologisk anatomi (forelæsninger 30 timer, demonstrationer 30 timer)	60 timer
Psykiatri (forelæsninger)	15 timer
Pædiatri (forelæsninger og kliniker)	30 timer
Obstetrik og gynækologi (forelæsninger)	30 timer
Dermatologi og venerologi (forelæsninger 15 timer, kliniker 30 timer)	45 timer
Oto-rhino-laryngologi (forelæsninger 15 timer, eksaminatorier 15 timer, kliniker 15 timer)	45 timer
Neurologi (forelæsninger og kliniker)	15 timer
	360 timer

Eksamen i patologisk anatomi.

Prøve i dermatologi og oto-rhino-laryngologi.

6. semester

Tværgående undervisning, symposier m. v.	30 timer
Systematisk undervisning i medicin og kirurgi	90 timer
Psykiatri (forelæsninger)	30 timer
Pædiatri (forelæsninger og kliniker)	30 timer
Obstetrik og gynækologi (forelæsninger)	30 timer
Oftalmologi (forelæsninger 15 timer, kliniker 30 timer)	45 timer
Neuromedicin (forelæsninger)	15 timer
Røntgendiagnostik (forelæsninger og demonstrationer).	15 timer
Stråleterapi (forelæsninger)	15 timer
Retsmedicin (forelæsninger og demonstrationer)	30 timer
Socialmedicin (forelæsninger)	15 timer
	345 timer

Prøve i oftalmologi.

7. semester

Tværgående undervisning, symposier m. v.	30 timer
Systematisk undervisning i medicin og kirurgi (forelæsninger)	90 timer
Intern medicin (kliniker)	45 timer
Kirurgi (kliniker)	45 timer
Psykiatri (forelæsninger)	30 timer
Pædiatri (forelæsninger og kliniker)	30 timer
Obstetrik og gynækologi (forelæsninger)	30 timer
Retsmedicin (forelæsninger)	15 timer
Socialmedicin (forelæsninger)	15 timer
	330 timer

Eksamen i medicin, kirurgi, psykiatri, pædiatri, obstetrik + gynækologi, retsmedicin + socialmedicin.

Tabel 1
1. dels studiet (antal undervisningstimer)

Semester	1	2	3	4	5	6	lait
Orienterende forelæsninger	5						5
Kemi	125	75 ⎫ E					200
Fysik	36	75 ⎭					72
Genetik og statistik	74 (54)	10 (30) E					84
Celle- og vævslære	10	90 E					100
Medicinsk psykologi	20	20 P					40
Anatomi			174	86 E	20	50 P	330
Biokemi			94	134 E			228
Biofysik					48	221	70
Fysiologi					105	105 ⎭	210
	270(250)	231(251)	268	220	173	177	1339
Filosofi	48*	48*					

* Sproglige studenter vil kunne tage eksamen i filosofi efter 1. semester. E = eksamen P = prøve

Tabel 2

2. dels studiet (antal undervisningstimer fraset kliniker m. v. *under klinisk kursus)*

Semester	1 2	3	4	5	6	7	lait
Orienterende forelæsninger.	10						10
Intern medicin	45		K			45 E	90
Kirurgi	45		K			45 E	90
Systematisk undervisning i med. og kir.				90	90	90	270
Tværgående undervisning, symposier m. v.				30	30	30	90
Patologisk anatomi	45	45 E	20	60 E			170
Medicinsk mikrobiologi	65	45 E					110
Farmakologi	30	45 E					75
Klinisk kemi			K				
Anæsthesiologi			10 + K				10
Psykiatri			20	K 15	30	30 E	95
Pædiatri				K 30	30	30 E	90
Obstetrik og gynækologi				K 30	30	30 E	90
Retsmedicin					30	15 E	45
Socialmedicin					15	15 E	30
Hygiejne og præventiv medicin		45 E					45
Arvepatologi		15 E					15
Oftalmologi					45 P		45
Oto-rhino-laryngologi				45 P			45
Dermatovenerologi				K 45 P			45
Røntgendiagnostik			20		15		35
Stråleterapi					15		15
Neuromed. og neurokir.				K 15	15		30
Infektionssygdomme	15						15
Fysiurgi	15						15
Valgfri tjeneste				K			
	270	195	70	360	345	330	1570

K = kursus E = eksamen P = prøve

Anerkendte sygekassers ydelse af lægehjælp m.v.

1. Lægehjælp ved alment praktiserende læge.

Ifølge § 11, stk. 1, i lov om den offentlige sygeforsikring (lovbekendtgørelse nr. 403 af 23. oktober 1967) skal sygekassen yde kassens nydende A-medlemmer fri lægehjælp ved alment praktiserende læge, for så vidt det pågældende medlem opholder sig inden for kassens stedlige område, og ifølge lovens § 5, stk. 1, omfattes et nydende medlems børn under 16 år af medlemmets forsikring.

Ifølge § 11, stk. 3, kan det i sygekassens vedtægt bestemmes, at A-medlemmer skal vælge læge for et år ad gangen, og at kassen kun betaler lægehjælp ydet af denne læge eller hans stedfortræder.

I overensstemmelse hermed bestemmer sygekassernes vedtægt, at sygekasserne yder lægehjælp til nydende A-medlemmer **i** henhold til den for kassen gældende overenskomst, og at medlemmerne hvert år inden 1. oktober vælger, hvilken læge de vil benytte blandt de læger, der har overenskomst med kassen.

I den for København, Frederiksberg og kommunerne på Amager gældende overenskomst er det fastsat, at disse kommuners område deles **i** et vist antal storkredse. Sammenslutningen af sygekasser i København og Frederiksberg ansætter et antal kredslæger i hver storkreds, og et A-medlem kan vælge mellem de **i** en storkreds ansatte læger og kan skifte læge en gang årlig.

I den for det øvrige land gældende overenskomst er det fastsat, at enhver læge, der tilhører en lægekredsforening, som omfattes af overenskomsten, kan anmelde, at han påtager sig praksis for sygekasser, og han har dermed adgang til at få tilmeldt sygekassemedlemmer. Sygehuslæger har normalt ikke adgang til at drive sygekassepraksis.

Blandt de alment praktiserende læger, der herefter praktiserer for sygekasser, kan A-medlemmerne vælge, såfremt afstanden fra medlemmets bopæl til lægens konsultationssted ikke overstiger 10 km. Er der som følge af denne afstandsbegrænsning ikke adgang til at vælge mellem mindst 2 læger, udvides det område, inden for hvilket et medlem kan vælge læge, således, at medlemmet kan vælge mellem mindst 2 læger.

Der afkræves ikke et A-medlem nogen betaling for de enkelte behandlinger hos alment praktiserende læge, og der er ikke fastsat begrænsninger i det antal konsultationer eller lægetilkaldelser, som det enkelte medlem har adgang til. Betaling af lægens honorar for behandling af A-medlemmer er et mellemværende mellem lægen og sygekassen.

Er der i en periode ingen gyldig overenskomst mellem sygekasser og læger om lægehjælp til A-medlemmer ved alment praktiserende læge, må et A-medlem selv betale lægehjælpen og kan derefter hos sygekassen få en vis refusion af udgiften efter nærmere regler, der i så fald skal fastsættes af socialministeriet.

Til B-medlemmer (og sådanne medlemmers børn) skal sygekassen ifølge sygeforsikringslovens § 11, stk. 4, yde refusion af de af medlemmet afholdte udgifter til lægehjælp efter nærmere i vedtægten fastsatte regler. Disse regler tilsigter at give et B-medlem adgang til refusion af et beløb af samme størrelse, som sygekassen skulle have ydet lægen for tilsvarende behandling af et A-medlem. Denne refusion ydes et B-medlem, *uanset hvilken læge han benytter*.

2. Speciallægehjælp m.v.

Om speciallægehjælp bestemmer lovens § 11, stk. 2, at sygekassen skal yde A-medlemmer speciallægehjælp efter nærmere i vedtægten fastsatte regler.

I overensstemmelse hermed bestemmer vedtægten, at såfremt der foreligger en godkendt og for kassen gældende overenskomst med ved-

kommende speciallæge, betaler sygekassen efter overenskomstens bestemmelser for behandling af et A-medlem.

Ifølge de gældende overenskomster om øjen- og ørelægehjælp til A-medlemmer har A-medlemmer ret til gratis behandling hos de af overenskomsterne omfattede øjen- og ørelæger.

Ifølge de gældende overenskomster om anden speciallægebehandling ydes der i en vis udstrækning gratis speciallægebehandling til A-medlemmer, men det kræves i almindelighed, at medlemmet er henvist til speciallægen af sin alment praktiserende læge. Medlemmets læge skal i henvisningen angive, om henvisningen sker med henblik på diagnosticering, på kontrol af langtidsbehandling eller med henblik på behandling hos speciallægen. Er henvisning sket med henblik på diagnostik, har medlemmet adgang til 1-2 konsultationer hos speciallægen. Er henvisning sket med henblik på langtidskontrol eller behandling, gives i almindelighed højst 6 konsultationer. Er henvisning sket både med henblik på diagnostik, langtidskontrol og behandling, har et medlem højst ret til det samlede antal konsultationer, der er fastsat som maximum for den af ydelserne, der giver ret til det største antal konsultationer. De nævnte overenskomster omfatter følgende specialer: Intern medicin, børnesygdomme, nervesygdomme, psykiatri, kirurgi, gynækologi, fødselshjælp, ortopædisk kirurgi, anæsthesiologi og patologi. Desuden omfatter den københavnske speciallægeoverenskomst specialerne dermatovenerologi, plastikkirurgi, røntgenundersøgelse og røntgenbehandling, og den uden for København og Frederiksberg gældende overenskomst omfatter specialerne fysiurgi, klinisk kemi og laboratorieteknik.

Er et A-medlem henvist til en speciallæge på et område, hvor der ikke foreligger overenskomst om speciallægebehandling af A-medlemmer - eller til en speciallæge, der ikke har tilsluttet sig overenskomsten - må medlemmet selv betale speciallægen, men kan derefter få refunderet $^4/_5$ af udgifterne, dog højst det i sygekassens vedtægt fastsatte maximum.

B-medlemmer må i alle tilfælde selv afholde udgiften til speciallæge, og de kan derefter fra sygekassen få refunderet et beløb af samme størrelse, som kassen skulle have betalt speciallægen for en tilsvarende behandling af et A-medlem, dog kun for det antal konsultationer eller behandlinger, der kunne være ydet et A-medlem. Et B-medlems adgang til refusion er ikke afhængig af, at B-medlemmet er henvist til speciallægen af en alment praktiserende læge.

Vedrørende fysiurgisk behandling o.lign. bestemmer sygeforsikringslovens § 16, at det i kassens vedtægt *kan* bestemmes, at kassen til nydende medlemmer yder tilskud hertil. Det beror altså på den enkelte kasses vedtægt, om kassen yder tilskud til betaling af sådanne behandlinger.

Ifølge de københavnske sygekassers vedtægt ydes fysiurgisk behandling af A-medlemmer, når lægen erklærer fysiurgisk behandling nødvendig, på sygekassernes fysiurgiske klinikker, medens badebehandling ydes på sygehusenes badeafdelinger.

Til B-medlemmer yder de københavnske sygekasser godtgørelse af udgifter til massage, sygegymnastik, diatermi og badebehandling. Ydelsen af denne godtgørelse er i alle tilfælde betinget af, at behandlingen er ordineret af en læge. Godtgørelse af udgiften til diatermibehandling er desuden betinget af, at behandlingen finder sted på en af direktoratet for sygekassevæsenet godkendt klinik med apparater, der er godkendt af sundhedsstyrelsen. Godtgørelse af udgift til badebehandling er betinget af, at den finder sted på et sygehus' badeafdeling. Godtgørelse ydes med beløb, der er fastsat i overenskomst mellem sygekassernes samvirksomhed og fysioterapeuter eller - for badebehandlings vedkommende - i takstreglement for tilsvarende behandling af A-medlemmer.

Uden for København-Frederiksberg gælder for A-medlemmer den ordning, at de kasser, der efter deres vedtægt yder fysiurgisk behandling, dækker $^4/_5$ af den betaling, der er fastsat i landsoverenskomst mellem sygekasser og fysioterapeuter. Behandlingen skal være ordineret af en læge. Kassen betaler til B-medlemmer et beløb af samme størrelse som til A-medlemmer.

BILAG IV, B.

Syge- og hjælpekasser samt virksomheder, der yder refusion af udgifter til behandling hos kiropraktorer.

1. Kulsyre- og tørisfabriken Union, Brovad pr. Fredericia.
2. Arbejdernes hjælpefond ved De forenede Jernstøberier A/S, Frederiksværk.
3. Hjælpefondet på Helsingør Skibsværft og Maskinbyggeri A/S, Helsingør.
4. Mændenes hjælpekasse på Den Danske Mælkekondenseringsfabrik A/S, Horsens.
5. Vilh. Krause og Co., København.
6. Byklubben, smedenes klub nr. 6, Nakskov.
7. Hjælpekassen på Den Danske Mælkekondenseringsfabrik A/S, Nakskov.
8. Syge- og hjælpekassen på A/S De Danske Sukkerfabrikker, Nakskov.
9. Hjælpefondet på Nakskov Skibsværft A/S, Nakskov.
10. Hjælpekassen ved De forenede Havre- & Rismøller A/S, Nakskov.
11. Hjælpekassen på A/S Odense Stålskibsværft, Odense og Lindø.
12. Hjælpekassen ved Bindegarns- og Tovværksfabriken L. P. Weidemann & Sønner, Rudkøbing.
13. Hjælpekassen ved L. Lange & Co., Svendborg Jernstøberi A/S, Svendborg.
14. Hjælpefonden for arbejdere på Aalborg Værft A/S, Aalborg.
15. Værftsarbejdernes hjælpesygekasse på Aalborg Værft A/S, Aalborg.
16. Hjælpe- og sygeforeningen ved Århus Oliefabrik A/S, Århus.
17. Ingeniør- og entreprenørfirmaet Ludvigsen & Hermansen, København.
18. Sønderjyllands Højspændingsværk A/S, Haderslev.
19. Hjælpekassen ved »Hørkær« (Thor Radiatorfabrik), København.

BILAG IV, C.

SOCIALMINISTERIET
Slotsholmsgade 6
Tlf. (01) 12 25 17

København K, den 28. juni 1968.
1.k.j.nr.16-36-67.

De samvirkende centralforeninger
af sygekasser i Danmark
Nyropsgade 37
København V.

I skrivelse af 4. november 1967 har De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark henledt opmærksomheden på, at en del af de fortsættelsessygekasser, som er godkendt i henhold til sygeforsikringslovens § 65, yder refusion for medlemmernes udgifter til behandling af kiropraktor. Samvirksomheden har i den anledning forespurgt, om bestemmelserne i sygeforsikringslovens § 65, stk. 3, nr. 2, hvorefter en fortsættelsessygekasse yder sygehjælp og begravelseshjælp, er videregående end de bestemmelser, der er gældende for statsanerkendte sygekasser, jfr. lovens § 2, stk. 1, og lovens kapitel III.

Herudover har samvirksomheden udtalt, at den finder den af fortsættelsessygekasserne foretagne udvidelse af ydelserne stridende mod aftalen af 6. november 1962, jfr. socialministeriets cirkulære af 21. maj 1963, bilagets 2. spalte, 4. afsnit, på et tidspunkt, hvor man afventer betænkning fra det af indenrigsministeriet nedsatte udvalg om kiropraktorbehandling.

I denne anledning skal man efter stedfunden brevveksling med direktoratet for sygekassevæsenet og under henvisning til forhandling i socialministeriet den 25. juni 1968 med repræsentanter for De samvirkende statskontrollerede fortsættelsessygekasser i Danmark meddele, at

socialministeriet ikke finder tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at bestemmelsen i sygeforsikringslovens § 65, stk. 3, nr. 2, er til hinder for den af et antal fortsættelsessygekasser vedtagne udvidelse af ydelserne til også at omfatte hjælp til kiropraktorbehandling.

Endvidere skal man meddele, at socialministeriet med De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark er enig i, at fortsættelsessygekasserne i forbindelse med den foretagne udvidelse af ydelserne ikke har handlet i overensstemmelse med den foran omtalte aftale af 6. november 1962, hvorefter fortsættelsessygekassernes ledelse bl.a. var enig i, at det under hensyn til det ønskede samarbejde med de anerkendte sygekasser er særligt ønskeligt at undgå agitation for medlemstilgang i konkurrence med sygekasserne.

De samvirkende statskontrollerede fortsættelsessygekasser i Danmark og direktoratet for sygekassevæsenet er herfra underrettet om foran-

Nathalie Lind/E. Arntzen

BILAG IV, D.

De samvirkende centralforeninger
af sygekasser i Danmark
Nyropsgade 37
Tlf. (01) 12 81 22

København V, den 27. iuni 1968.

Direktoratet for sygekassevæsenet
Holmens Kanal 7
1060, K.

Under henvisning til drøftelserne hos socialministeren den 25. ds. om sygekassernes mulighed for at yde tilskud til kiropraktisk behandling skal forretningsudvalget foreslå, at spørgsmålet løses således, at sygekasserne indtil videre yder hjælp efter bestemmelsen i hovedvedtægtens § 37, stk. 4.

Man vil herved opnå, at der af hver enkelt sygekasses bestyrelse tages stilling til tilskud. Der ydes ikke statstilskud til hjælp afholdt efter denne bestemmelse, hvorfor sygekasserne selv vil skulle skaffe de fornødne midler.

Da sygekassernes sygehjælp stort set bygger på princippet om den alment praktiserende læge som centrum i hjælpemulighederne og som koordinator af behandling, bør betingelsen for at yde hjælp dog være, at der foreligger lægehenvisning til kiropraktor. For at sikre forsvarlig behandling af medlemmerne vil forretningsudvalget foreslå, at der kun ydes tilskud til kiropraktorer, der er godkendt af Dansk Kiropraktor-Råd.

Det er forretningsudvalgets opfattelse, at hovedvedtægtens § 37, stk. 4, giver hjemmel for en sådan praksis. Da lægen foretager henvisning kan behandling hos kiropraktor betragtes som led i lægebehandling og tilskud som et supplement til ydelsen efter hovedvedtægtens § 11.

Som nævnt på mødet hos socialministeren har sygekasserne længe været udsat for et stort pres for at optage denne ydelse. Man har hidtil kunnet henvise til, at man måtte afvente betænkning fra kiropraktorudvalget, men efterhånden som fortsættelsessygekasserne har vedtaget at yde tilskud til kiropraktorbehandling, har medlemsreaktionerne været meget stærke, og situationen synes nu uholdbar. Forretningsudvalget skal derfor stærkest muligt henstille, at direktoratet erklærer sig enigt i, at der kan ydes tilskud efter § 37, stk. 4. efter de anførte retningslinjer. Det er vor opfattelse, at man med dette forslag, der forekommer os forsvarligt såvel ud fra medicinske som økonomiske hensyn, vil kunne sikre sig ro til at gøre kommissionsarbejdet færdigt.

Såfremt direktoratet er enigt i hovedlinjerne, vil vi foreslå, at man drøfter den nærmere udformning af meddelelsen til sygekasserne.

Under hensyn til de mange henvendelser, vi modtager om dette spørgsmål, den utålmodighed, der spores i sygekasserne, og at der kan gå år, før en endelig løsning kan gennemføres, skal vi tillade os at anmode om, at der træffes afgørelse efter omstændighederne snarest muligt.

P.f.v.

Niels Mørk/E. Franch

BILAG IV, E.

INDENRIGSMINISTERIET
Christiansborg Slotsplads 1, 1218 K.
Tlf. (01) 1169 00 - Giro 12 55 00

København, den 7. januar 1969

4. B. 1968/540/23-4

Socialministeriet

I skrivelse af 19. september 1968 (l.kt. 3131/7.1. 1968) har socialministeriet foranlediget af henvendelser fra De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark og direktoratet for sygekassevæsenet angående spørgsmålet om ydelse af tilskud til kiropraktorbehandling forespurgt, hvorvidt lægehenvisning til behandling hos ikke-autoriserede kiropraktorer kan anses for stridende mod lægeloven eller anden under indenrigsministeriets område henhørende lovgivning.

I denne anledning skal man efter brevveksling med sundhedsstyrelsen meddele, at begrebet »lægelig medhjælp« ikke er afgrænset i loven om udøvelse af lægegerning, jfr. lovbekendtgørelse af 9. august 1955, hvis § 6, stk. 1, foreskriver en almindelig forpligtelse for lægen til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved benyttelse af medhjælp. Det er således under disse forudsætninger lægen tilladt som medhjælp at benytte f.eks. ægtefælle, husassistent, lægesekretær, sygeplejerske eller sygehjælper. Det er endvidere antaget som lovligt, at lægen ordinerer behandling af patienter hos f.eks. fysioterapeuter og lignende.

Den eneste grænse, som i lægeloven sættes for et samarbejde med andre behandlere, er bestemmelsen i § 19, hvori der er fastsat straf for en læge, der træder i samarbejde med lægfolk, som tager syge i kur, på en måde, der er egnet til at bibringe almenheden den urigtige forestilling, at behandlingen sker efter lægens anvisning eller på hans ansvar. Af bestemmelsen fremgår modsætningsvis, at det er lovligt, at en læge træder i samarbejde med lægfolk, når behandlingen sker efter lægens anvisning eller på hans ansvar.

Lægelovens § 14, stk. 2, bestemmer, at kun læger er berettiget til at udøve den lægevirksomhed, som udkræves ifølge forsikrings- og forsørgelseslovene og lovgivningen i øvrigt. Sammenholdt med de ovennævnte bestemmelser i §§6, stk. 1 og 19, synes bestemmelsen i § 14, stk. 2, ikke til hinder for, at lægevirksomhed også i henhold til denne bestemmelse udføres under medvirken af medhjælp i eller uden for konsultationen, som lægen enten anviser eller påtager sig ansvaret for.

Efter indenrigsministeriets opfattelse kan lægehenvisning til personer, der ikke har autorisation som læge, herunder kiropraktorer, således ikke anses for stridende mod lægeloven, ligesom man heller ikke finder en sådan henvisning i strid med andre under indenrigsministeriet hørende love.

Indenrigsministeriet finder ikke anledning til nærmere at kommentere de i sygekassedirektoratets skrivelse af 17. juli 1968 hævdede opfattelser, idet man herom må henvise til den betænkning, som forventes afgivet indenfor en nærmere fremtid af det af indenrigsministeriet nedsatte kiropraktorudvalg.

På den givne foranledning finder man dog at måtte udtale, at det efter indenrigsministeriets opfattelse på baggrund af det ovenfor anførte må forekomme tvivlsomt, om den af fortsættelsessygekasserne trufne vedtagelse om ydelse af tilskud til kiropraktorbehandling, også uden at lægehenvisning foreligger, er forenelig med lægelovens § 14, stk. 2.

Poul Sørensen/Folmer Nielsen

BILAG IV, F.

SOCIALMINISTERIET
Slotsholmsgade 6
Tlf. (01) 12 25 17

København K, den 11. april 1969
l.k. j. nr. 3131/7.-1. 1968

De samvirkende centralforeninger
af sygekasser i Danmark

I en til direktoratet for sygekassevæsenet stilet, hertil videresendt skrivelse af 27. juni 1968 har samvirksomheden foreslået, at der gives sygekasserne tilladelse til at yde hjælp til kiropraktorbehandling efter bestemmelsen i hovedvedtægtens § 37, stk. 4, under forudsætning af, at behandlingen ydes efter lægehenvisning og kun til kiropraktorer, der er godkendt af Dansk Kiropraktor-Råd.

I denne anledning skal man efter brevveksling med direktoratet for sygekassevæsenet og indenrigsministeriet meddele, at socialministeriet efter omstændighederne ikke skal modsætte sig, at sygekasser som supplerende ydelse efter hovedvedtægtens § 37, stk. 4, uden statstilskud yder hjælp til kiropraktorbehandling efter lægehenvisning.

Nathalie Lind/E. Arntzen

BILAG IV, G.

De samvirkende centralforeninger
af sygekasser i Danmark
Nyropsgade 37
Tlf. (01) 12 81 22

1602 København V, den 16/4 1969

Til sygekassen.

Tilskud til kiropraktorbehandling.

Efter talrige henvendelser fra forskellige sygekasser om adgang til at yde tilskud til kiropraktorbehandling rejste forretningsudvalget spørgsmålet over for socialministeriet i juni 1968.

Vel vidende at en endelig løsning på spørgsmålet først kan forventes, når folketinget har taget stilling til en autorisation af kiropraktorer, foreslog forretningsudvalget, at sygekasserne *midlertidigt* fik adgang til at yde tilskud efter hovedvedtægtens § 37, stk. 4, når der forelå en henvisning fra den af medlemmet **valgte** læge.

Lægeloven menes ikke at være til hinder for, at en læge henviser til kiropraktorbehandling, selv om der ikke er fastsat lovbestemmelser om autorisation af kiropraktorer. På den anden side er det stridende mod lægeloven, at sygekasserne yder tilskud til kiropraktorbehandling, hvis der ikke foreligger en henvisning fra en læge. Henvisning må derfor foreligge for såvel A-medlemmer som B-medlemmer.

Som svar på vor henvendelse har socialministeriet herefter meddelt os følgende:

»I denne anledning skal man efter brevveksling med direktoratet for sygekassevæsenet og indenrigsministeriet meddele, at socialministeriet efter omstændighederne ikke skal modsætte sig, at sygekasser som supplerende ydelse efter hovedvedtægtens § 37, stk. 4, uden statstilskud yder hjælp til kiropraktorbehandling efter lægehenvisning.«

Da henvisningen sker på lægens ansvar, må en sådan foreligge, forinden kiropraktorbehandlingen påbegyndes. Henvisningen bør ordentligvis ske til kiropraktorer, som er autoriseret af Dansk Kiropraktor-Råd. Fortegnelse over disse vil senere fremkomme.

Opmærksomheden henledes på, at tilskud efter hovedvedtægtens § 37, stk. 4, ydes efter bevilling af sygekassens bestyrelse. Tilskuddet bør formentlig være 15 kr. pr. behandling, dog ikke ud over halvdelen af udgiften, samt indtil ca. halvdelen af udgiften til røntgenfoto.

Tilskudsordningen træder i kraft fra 1. maj d.å. Med venlig hilsen

P.f.v.

Niels Mørk/H. C. Hansen

Oversigt over retstilstanden i en række fremmede lande.

A. Oplysninger indhentet gennem udenrigsministeriet suppleret med oplysninger fra det danske socialministerium.

Norge.

Det fremgår af den fra Norge modtagne besvarelse, at der ikke i lov eller i bestemmelser udfærdiget med hjemmel i lov er givet særlige regler om kiropraktik og kiropraktorer. En kiropraktors virksomhed er undergivet bestemmelserne i lov af 19. juni 1936 om indskrænkning i adgangen for den, som ikke er norsk læge eller tandlæge til at tage syge i kur, den såkaldte kvaksalverlov.

Ifølge Christian den IV's forordning af 10. januar 1619 måtte personer uden medicinsk uddannelse kun tage syge i kur for sår og anden udvortes skade. Forordning af 5. september 1794 indførte et ubetinget forbud mod, at nogen, som ikke var eksamineret læge, tog syge i kur, men dette forbud blev atter ophævet ved lov om forandring i kvaksalverlovgivningen af 29. april 1871. Sidstnævnte lov indeholdt dog en række indskrænkninger i kvaksalveres virksomhed, og loven af 19. juni 1936 bygger i det store og hele på 1871-loven, om end den i et vist omfang indførte skærpede regler.

Efter loven af 19. juni 1936 - med ændring i 1953 - er det i princippet tilladt enhver at tage syge i kur, men der er fastsat begrænsninger for ikke-lægers virksomhed ved behandlingen af syge, begrænsninger som altså også en kiropraktor er underkastet.

Det er således ubetinget forbudt nogen, der ikke har autorisation som norsk læge eller tandlæge eller midlertidig tilladelse til at arbejde som læge eller tandlæge i Norge, at tage syge i kur, medmindre behandleren har opholdt sig i Norge i 10 år. Personer, der har udstået frihedsstraf i Norge eller i udlandet, må ikke tage syge i kur.

Visse sygdommes behandling er forbeholdt læger, således epidemiske eller smitsomme sygdomme, tuberkuløse sygdomme og kønssygdomme - uanset om de ikke er smitsomme. Det gælder også kræft, sukkersyge, farlige anæmier og struma med sygelige tilstande. Overtrædelser af de nævnte forbud straffes med bøde eller fængsel i indtil 3 måneder. Den, som uden at være norsk læge eller tandlæge tager syge i kur og derved udsætter nogens liv eller helbred for alvorlig fare, enten ved selve behandlingen eller derved, at den syge forhindres i at søge kyndig hjælp, kan straffes efter tilsvarende regler. Såfremt behandlingen har medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, kan straffen dog gå op til fængsel i 2 år.

I 1953 nedsatte den norske regering en kommission med den opgave at overveje en revision af kvaksalverloven, herunder om de dagældende lovbestemmelser mod det almindelige kvaksalveri burde skærpes bl.a. ved indførelse af yderligere forbud for andre end læger mod at behandle farlige sygdomme og sindslidelser og mod at anvende farlige behandlingsmetoder.

Kommissionen afgav betænkning i 1955 med udkast til en lov til afløsning af 1936-loven. Princippet i den gældende lov, at retten til at tage syge i kur er fri, foresloges opretholdt, men med visse yderligere begrænsninger, således bl.a. forbud mod at børn i det første leveår tages i kur af ikke-læger. Lovforslaget blev imidlertid ikke gennemført.

I anledning af kommissionens nedsættelse rettede Norsk Kiropraktor-Forening henvendelse til regeringen med anmodning om, at der blev åbnet adgang for publikum til efter eget valg at søge kiropraktisk behandling mod sædvanlig refusion fra sygekassen og om offentlig autorisation af kiropraktorer på tilsvarende måde som læger.

Det første spørgsmål var ikke omfattet af kommissionens kommissorium. Om det sidste udtalte kommissionen, at den ikke kunne anbefale en sådan autorisationsordning, dels fordi der ikke syntes at foreligge nogen videnskabe-

lig holdbar verifikation af den kiropraktiske teori, dels - og navnlig - da der ikke i Norge fandtes nogen offentlig godkendt undervisning i kiropraktik og ingen universitets- eller anden eksamen, som kunne danne grundlag for en individuel prøvelse. Der fandtes ej heller sagkyndige i den norske sundhedsadministration eller ved universiteterne, som ville kunne påtage sig at bedømme en kiropraktors kvalifikationer. Kommissionen konkluderede, at en autorisation i realiteten derfor måtte bygge på en vurdering foretaget af kiropraktorernes egen organisation på grundlag af uddannelse fra udenlandske læreanstalter. En sådan ordning ville savne sidestykke i norsk medicinallovgivning og burde forbyde sig selv af principielle grunde.

Den norske besvarelse oplyser, at der ikke er hjemmel til, at den offentlige sygeforsikring helt eller delvist kan godtgøre patienters udgifter til kiropraktisk behandling.

Om hvilke betalingstakster og -principper, kiropraktorer i Norge anvender, giver det norske sosialdepartement ingen oplysninger, men den danske ambassade oplyser, at der er tale om beløb på fra 15-30 kr. pr. behandling, afhængig af, hvor i landet kiropraktoren praktiserer; denne oplysning stammer fra branchen.

Sosialdepartementet oplyser om autorisation af medicinalpersonale, at der findes lovbestemmelser vedrørende autorisation af læger, tandlæger, sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter, apotekere og andet farmaceutisk personale. Reglerne er i princippet ens for norske og udenlandske statsborgere, bortset fra visse sprogkrav.

For læger er betingelserne for opnåelse af autorisation forskellige, alt efter om vedkommende læge har taget norsk eller udenlandsk medicinsk embedseksamen. For en kandidat med norsk embedseksamen kræves yderligere IV2 års praktisk tjeneste, heraf 1 år ved sygehus og 1/2 år som assistent hos en praktiserende offentlig læge. For en kandidat med udenlandsk embedseksamen kræves bestået tillægsprøve ved et norsk universitet og i princippet turnustjeneste i IV2 år. For udenlandske statsborgere er tilstrækkelige kundskaber i det norske sprog dog en forudsætning for autorisation. Uden tillægsuddannelse kan en kandidat med udenlandsk eksamen få midlertidig tilladelse til at udøve lægevirksomhed i Norge.

For tandlæger kræves til autorisation norsk odontologisk eksamen eller udenlandsk eksamen og tillægsprøve. For udenlandske statsborgere er kendskab til det norske sprog en forudsætning. Der kan gives en udenlandsk tandlæge midlertidig tilladelse til at arbejde som tandlæge i Norge, i almindelighed dog kun til virksomhed i assisterende stilling.

Sygeplejersker, som er uddannet i udlandet, kan få offentlig godkendelse, hvis sosialdepartementet skønner, at de er tilstrækkeligt veluddannede. Der kræves imidlertid ikke offentlig godkendelse som betingelse for at virke som sygeplejerske i Norge.

Virksomhed i Norge som fysioterapeut og jordemoder kræver offentlig godkendelse. Denne kan gives personer med udenlandsk uddannelse, dersom sosialdepartementet finder det godtgjort, at vedkommende har en uddannelse, som kan sidestilles med den norske uddannelse.

For at kunne blive norsk apoteker kræves norsk apotekereksamen. For andet farmaceutisk personale kan sosialdepartementet godkende udenlandsk uddannelse, således at vedkommende kan få ekspeditionsret på norsk apotek. Sædvanligvis kræves en vis praksis ved norsk apotek - for skandinaver 3 måneder, for andre mere - og tillægsprøve.

Efter sosialdepartementets oplysninger foreligger der ikke planer om væsentlige ændringer af autorisationsbestemmelserne. Af en senere gennem udenrigsministeriet modtaget meddelelse fremgår det imidlertid, at der er fremsat lovforslag om, at en i Norge meddelt autorisation som læge eller tandlæge kan tilbagekaldes, dersom autorisationen er givet på grundlag af en autorisation i et andet land, og dersom autorisationen i vedkommende land tilbagekaldes eller på anden måde taber sin gyldighed. Forslaget har forbindelse med oprettelsen af et fælles nordisk arbejdsmarked for læger og tandlæger. Under B nedenfor anføres supplerende oplysninger herom.

Sverige.

Det svenske udenrigsministerium oplyser, at der i Sverige ikke findes særlige bestemmelser vedrørende kiropraktorer, men at kiropraktorer, der praktiserer i Sverige, er underkastet de regler, der gælder for helbredende virksomhed, som udøves af personer, der ikke har ret til at virke som læge eller i øvrigt i deres virksomhed inden for sygdomsbekæmpelsen er undergivet medicinalstyrelsens (nu socialstyrelsens) tilsyn. Bestemmelserne findes i lov af 30. juni 1960 om forbud i visse tilfælde mod

virksomhed på helbreds- og sygeplejens område.

Loven er resultat af et kommissionsarbejde, idet udkast blev udarbejdet af en i 1950 nedsat kommission, der havde til opgave at revidere den svenske lægelov. I kommissionens forslag var bestemmelser svarende til de i loven af 30. juni 1960 indeholdte optaget i et forslag til lov om ret til udøvelse af lægegerningen, men de blev senere udskilt og gennemført som selvstændig lov.

Efter de i Sverige før 1960 gældende regler, lov af 21. september 1915, havde enhver principielt ret til at tage syge i kur med visse begrænsninger, f.eks. vedrørende sygdommenes art. Heri skete ingen ændring ved den nye lov, bortset fra at retten blev begrænset til svenske statsborgere. Ved loven søgtes dog indført en bedre beskyttelse for befolkningen ved udvidelse af de sygdomme, som det er forbeholdt læger at behandle, ved forbud mod visse undersøgelsesmetoder, og ved skærpelse af straffebestemmelserne.

Efter loven af 30. juni 1960 er det forbudt andre end læger at behandle visse epidemiske sygdomme, tuberkulose, kønssygdomme, kræft og andre ondartede svulster, sukkersyge, epilepsi og sygelige tilstande i forbindelse med svangerskab og fødsel. Det er endvidere forbudt andre end læger at undersøge eller behandle børn. der ikke er fyldt 8 år, og at give skriftlige råd eller behandlingsanvisninger uden at have undersøgt patienten samt at administrere bedøvelse. Overtrædelser af forbudsbestemmelserne eller undersøgelse og behandling i øvrigt, hvorved den behandlende forsætligt eller uagtsomt påfører patienten en ikke ringe skade eller fremkalder fare for skade, kan under visse betingelser straffes.

Den svenske besvarelse oplyser ikke, om der af sygeforsikringen kan ydes hel eller delvis godtgørelse for udgifter til behandling hos kiropraktor.

Det danske socialministerium har givet nogle supplerende oplysninger om spørgsmålet. Det oplyses bl.a., at sygeforsikringen yder hel eller delvis refusion af udgifter til lægebehandling, tandbehandling, lægemidler og sygehusophold. Ifølge den svenske lov om almen forsikring kan det administrativt besluttes, at der også ydes delvis refusion af udgift til anden sygebehandling. Det er på grundlag heraf bestemt, at $^3/_4$ refusion kan ydes for udgifter til sygegymnastisk behandling (bevægelsesbehandling eller massage), behandling med kortbølge, ultrakortbølge, mikrobølge eller ultralyd, som ikke udføres i forbindelse med sygegymnastisk behandling, trykvariationsbehandling af arterielle kredsløbsforstyrrelser, elektrisk stimulationsbehandling ved muskellammelser, mekanisk strækbehandling af rygraden samt foniatrisk behandling.

Alle disse behandlinger omfattes kun af sygeforsikringen, hvis de er foreskrevet af en læge. Desuden er det en betingelse for forsikringens betalingspligt, at behandlingen enten udføres af en læge eller af en af følgende lægemedhjælpere: For så vidt angår sygegymnastisk behandling: af en autoriseret sygegymnast. For så vidt angår behandling med ultralyd, trykvariationsbehandling, elektrisk stimulationsbehandling og mekanisk strækbehandling: af en autoriseret sygegymnast eller autoriseret sygeplejerske, i begge tilfælde under en læges overtilsyn. For så vidt angår behandling med kortbølge, ultrakortbølge eller mikrobølge: af en autoriseret sygegymnast eller autoriseret sygeplejerske eller af en anden under overtilsyn af en sygegymnast eller sygeplejerske som foran nævnt. For så vidt angår foniatrisk behandling: af nogen, til hvem patienten er henvist af en læge, som har specialistanerkendelse inden for specialet stemme- og taleforstyrrelse eller gør tjeneste ved en hørecentral på et alment sygehus.

Med en autoriseret sygegymnast ligestilles den, som er optaget i en af riksförsäkringsverket udarbejdet fortegnelse over personer med sygegymnastisk uddannelse.

Der synes således i Sverige ikke at være hjemmel til, at den offentlige sygeforsikring kan refundere udgifter til behandling hos kiropraktor.

Det fremgår af den svenske besvarelse, at der ikke kan gives oplysning om de af kiropraktorer i Sverige anvendte betalingstakster og -principper.

Om autorisation af medicinalpersonale i Sverige oplyses, at autorisation er foreskrevet for læger, tandlæger, sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter, optikere og apotekere. Svensk statsborgerskab som betingelse for opnåelse af autorisation kræves normalt ikke.

For læger findes reglerne i lov om ret til at udøve lægegerning af 30. juni 1960. Til autorisation kræves svensk medicinsk embedseksamen eller udenlandsk embedseksamen, eventuelt i forbindelse med efteruddannelse i Sverige efter nærmere fastsatte bestemmelser.

Om autorisation af sygeplejersker findes bestemmelser i reglement for sygeplejersker af 22. november 1957. Der kræves bevis for, at den pågældende har gennemgået en statslig eller af staten godkendt sygeplejeskole eller på anden måde har erhvervet sig tilsvarende kundskaber.

Det fremgår ikke af besvarelsen, om der påtænkes ændringer i de omtalte lovbestemmelser og øvrige regler.

Der henvises i øvrigt til supplerende oplysninger nedenfor under B i forbindelse med etablering af fælles nordisk arbejdsmarked for læger og tandlæger.

Finland.

Det finske udenrigsministerium oplyser, at der i Finland ikke findes bestemmelser vedrørende kiropraktisk virksomhed.

Det danske socialministerium oplyser **bl.a.,** at sygeforsikringen ifølge den finske sygeforsikringslov af 4. juli 1963 bl.a. yder 60 % refusion af udgifter til lægebehandling og af en læge foreskreven undersøgelse eller behandling i medicinsk laboratorium eller på røntgenklinik, som er godkendt af medicinalstyrelsen. Ifølge forordning af 1. november 1963 forstås ved lægebehandling i denne forbindelse: »behandling, som gives af en person, som af medicinalstyrelsen har fået autorisation som læge, eller som af styrelsen har fået ret til at udøve lægegerning eller midlertidig tilladelse til at udøve lægetjeneste eller lægevirksomhed«.

Spørgsmålet om foreliggende hjemmel **for** refusion af udgifter til behandling hos kiropraktor synes således for Finlands vedkommende at kunne besvares benægtende.

Der gives ikke i den finske besvarelse oplysning om, hvilke regler der gælder for så vidt angår retten for personer uden lægevidenskabelig eksamen til at tage syge i kur. Derimod kan der af det besvarelsen vedlagte lovmateriale udledes visse oplysninger herom.

Lov af 23. januar 1925 om udøvelse af lægegerning indeholder i § 6 straffebestemmelser vedrørende ikke-lægers erhvervsmæssige udøvelse af lægegerning. Straf kan idømmes, såfremt en ikke-læge erhvervsmæssigt behandler veneriske sygdomme, tuberkulose eller visse smitsomme sygdomme. Ligeledes kan personer, der udøver lægevirksomhed mod vederlag, men ikke erhvervsmæssigt, straffes, bl.a. hvis behandlingen kunne medføre fare for patientens liv eller helbred.

Om autorisation af medicinalpersonale, herunder om udenlandske statsborgeres stilling, indeholder lovmaterialet nogle oplysninger.

For læger gælder ifølge lov om udøvelse af lægegerning af 23. januar 1925, at kun finske statsborgere kan opnå egentlig autorisation som læge. Der kræves finsk lægeembedseksamen eller bestået udenlandsk medicinsk eksamen, der berettiger til udøvelse af lægevirksomhed i vedkommende land og finsk tillægsprøve. Udenlandske statsborgere kan under samme betingelser få tilladelse til at virke som læge i Finland, og det gælder også finske statsborgere med udenlandsk eksamen, som ikke opfylder betingelserne for autorisation. Det er en betingelse for at opnå ansættelse i statens eller kommunens tjeneste, at egentlig autorisation foreligger.

Om tandlæger findes reglerne i lov af 18. maj 1934 om udøvelse af tandlæge virksomhed. Stort set gælder tilsvarende regler som for læger, således at udenlandsk odontologisk eksamen med tillægsprøve kan erstatte finsk tandlægeeksamen.

Lov af 31. oktober 1962 om udøvelse af sygepleje indeholder regler om sygeplejersker, fysioterapeuter og jordemødre. Offentlig godkendelse er fornøden; tillægsprøve kræves ved udenlandsk uddannelse.

Det oplyses ikke, hvorvidt der påtænkes ændringer i autorisationsbestemmelserne.

Under B nedenfor anføres supplerende oplysninger vedrørende fælles nordisk arbejdsmarked for læger og tandlæger.

Island.

Af de modtagne oplysninger fremgår, at der i Island ikke findes lovbestemmelser vedrørende kiropraktisk virksomhed, og at ingen kiropraktorer udøver virksomhed i landet.

Om retten til at tage syge i kur er det oplyst, at en hvilken som helst form for lægevirksomhed kræver ministeriel tilladelse. I øvrigt gives ikke nærmere oplysninger, men ifølge den svenske betænkning om lov om ret til at udøve lægekunsten, der var vedlagt den svenske besvarelse, kan der på Island meddeles begrænset autorisation. Det er efter det oplyste ikke forekommet, at nogen, der helt har savnet lægeuddannelse, har fået tildelt autorisation. Behandling af kræft- og andre svulstlidelser, kønssygdomme, tuberkulose og smitsomme sygdomme er forbeholdt læger. Der findes strafbestemmelser, idet der ved overtrædelser kan idømmes bøder.

Om autorisation af medicinalpersonale oplyser den danske ambassade i Reykjavik, at autorisation kræves for at virke som læge, tandlæge, terapeut, jordemoder og laborant. Nordisk personale inden for disse grupper vil, såfremt de i hjemlandet opfylder betingelserne for at virke inden for deres arbejdsfelt, normalt kunne forvente at få meddelt autorisation, for lægers vedkommende under forudsætning af, at de sætter sig ind i islandsk sociallovgivning. For ikke-skandinaver opnås tilladelse vanskeligere; den gives efter et konkret skøn.

Der gives i besvarelsen ikke oplysning om, hvorvidt der påtænkes gennemført ændringer i de gældende bestemmelser.

Storbritannien.

Det britiske udenrigsministerium oplyser, at kiropraktorer ikke anerkendes af de engelske sundhedsmyndigheder eller læger. Der er imidlertid ingen lovbestemmelser, der forhindrer kiropraktorer i at praktisere, og dette gælder også udenlandske statsborgere, under forudsætning af, at de har opnået arbejdstilladelse. Kiropraktorer har i udøvelsen af deres virksomhed ikke den lovbeskyttelse, som praktiserende læger nyder, og de må ikke ordinere receptpligtig medicin.

Det fremgår ikke klart af besvarelsen, om udgifter til kiropraktisk behandling kan refunderes af den offentlige sygeforsikring.

Det danske socialministerium oplyser om forholdet, at den britiske sygeforsikring »insurance for sickness benefit« giver ret til dagpenge i sygdomstilfælde.

Hjælp i tilfælde af sygdom (læge- og sygehusbehandling m.m.) ydes gratis af læger, sygehuse m.fl., der er knyttet til den offentlige sundhedstjeneste (national health service). Når det i de fra England indhentede oplysninger siges, at: »Chiropractors may give certificates, which are accepted by the Ministry of Pensions and National Insurance«, betyder dette ikke, at udgifter til kiropraktisk behandling refunderes af forsikringen, men at en erklæring afgivet af en kiropraktor anerkendes som sygemelding, således at der kan ydes dagpenge af forsikringen.

Besvarelsen oplyser ikke, hvorvidt der i Storbritannien i almindelighed gælder særlige regler for retten for personer uden lægevidenskabelig eksamen til at tage syge i kur.

Den britiske besvarelse oplyser, at autorisation af læger henhører under lægerådet, hvis funktioner er reguleret ved en lov af 1956 (the medical act). Loven vedrører praktiserende læger, og det oplyses, at der principielt ikke er nogen begrænsning til britiske statsborgere. Autorisation forudsætter dog uddannelse i Storbritannien, i det øvrige Commonwealth eller i andre lande, såfremt der med vedkommende land er indgået aftale om, at britiske statsborgere dér har samme mulighed for at opnå autorisation. Sådan aftale er kun indgået med en række statssamfundslande og med Syd-Afrika.

Tandlæger - britiske statsborgere såvel som udlændinge - kan opnå autorisation efter reglerne i tandlægeloven af 1957. Tandlægevirksomhed må kun udøves af autoriserede tandlæger, læger og assisterende tandlægepersonale. Overtrædelse straffes med bøder. Til autorisation kræves enten britisk eksamen eller eksamen fra lande, hvis uddannelse er anerkendt som ligeværdig. Dog er der også mulighed for, at en person, hvis udenlandske eksamen specielt anerkendes af tandlægerådet, som administrerer ordningen, kan opnå autorisation efter tillægsprøve.

Sygeplejersker autoriseres ifølge sygeplejerskeloven af 1957 med senere ændringer af et sygeplejeråd og optages i registre alt efter deres uddannelse og kvalifikationer. Det er ikke tilladt en sygeplejerske uden autorisation at kalde sig »autoriseret sygeplejerske«. Sygeplejersker med udenlandsk uddannelse kan, hvis den findes ligeværdig med den britiske, få autorisation. Hvis en udlænding ønsker at arbejde som sygeplejerske i Storbritannien uden at søge autorisation, har hun lov til at betegne sig som uddannet i sit hjemland, f.eks. »Danish trained nurse«.

Det britiske udenrigsministerium oplyser, at regler om autorisation af beskæftigelsesterapeuter, fysioterapeuter og laboranter findes i en lov fra 1960 vedrørende erhverv, der supplerer lægevidenskaben. Loven kræver imidlertid ikke autorisation som forudsætning for virksomhed, men det påtænkes at ændre reglerne, således at autorisation gøres tvungen for beskæftigelsesterapeuter, fysioterapeuter og laboranter beskæftiget indenfor »the national health service«. Gældende lov hjemler anerkendelse af udenlandsk uddannelse, og autorisation kan gives til udenlandske statsborgere.

Autorisation er tvungen for jordemødre ifølge en lov fra 1951. Ordningen administreres af et jordemoderråd. Jordemødre med udenlandsk uddannelse kan autoriseres, men al-

mindeligvis kræves tillægsuddannelse; således har danske jordemødre måttet gennemgå en seks måneders uddannelse (2. del af den britiske uddannelse) med påfølgende eksamen for at opnå autorisation.

Der påtænkes ingen ændringer i de gældende bestemmelser om autorisation af medicinalpersonale, bortset fra de ovenfor nævnte.

Frankrig.

Oplysninger om forholdene i Frankrig foreligger i form af en af den danske ambassade i Paris udarbejdet redegørelse, der bygger på en drøftelse med en repræsentant for det franske sundhedsministerium.

Ambassaden oplyser, at der i Frankrig ikke findes særlige lovbestemmelser, der giver adgang for personer uden lægevidenskabelig eksamen til at udøve kiropraktisk virksomhed. Det bestemmes tværtimod udtrykkeligt i en bekendtgørelse af 6. januar 1962, der slutter sig til lov om den offentlige sundhed fra 1953, at kiropraktisk virksomhed kun må udøves af personer, der har lægevidenskabelig eksamen. (Medicinske studenter gennemgår kurser i kiropraktisk behandling). Det franske sundhedsministerium har stillet sig meget afvisende over for ønsket om indførelse af en autorisationsordning for kiropraktorer.

Det oplyses ikke, om der er hjemmel til, at den offentlige sygeforsikring kan yde refusion af udgifter til behandling hos kiropraktor. Det danske socialministerium oplyser imidlertid bl.a., at sygeforsikringen yder delvis refusion af udgifter til lægehjælp m.m. I en kommenteret udgave af den franske sygeforsikringslov hedder det: Hjælp ydet af lægelige medhjælpere (les auxiliaires médicaux) refunderes, hvis behandleren, f.eks. en sygeplejerske eller en massør, ved lov er autoriseret til at udøve sin virksomhed, og hvis behandlingen er ordineret af en læge. Med samme forbehold yder forsikringen refusion af udgifter til behandlinger ydet af »masseurs kinésiterapeutes«, fysioterapeuter, fodplejere, tandlæger og jordemødre.

Personer uden lægevidenskabelig eksamen har ikke ret til at tage syge i kur, og den nævnte sundhedslov indeholder i art. 376 bestemmelser om straf for overtrædelser af dette forbud. Det franske sundhedsministerium har oplyst, at der i Frankrig i ikke ubetydeligt omfang udøves illegal lægevirksomhed, og at ministeriet overvejer at indføre en skærpelse af de gældende straffebestemmelser på dette område.

Om de i Frankrig gældende bestemmelser vedrørende autorisation af medicinalpersonale oplyser den danske ambassade, at en person for at kunne virke i Frankrig som læge, tandlæge eller jordemoder må have bestået fransk eksamen indenfor det pågældende fag, være fransk statsborger samt være optaget i et register. Også udlændinge indenfor de nævnte professioner kan dog opnå autorisation i Frankrig, såfremt deres hjemland giver franske statsborgere mulighed for at opnå tilsvarende autorisation, og såfremt det franske undervisningsministerium anerkender den fremmede uddannelse som ligeværdig med den franske.

Til virke som fysioterapeut kræves fransk eksamen og fransk statsborgerskab.

Om beskæftigelsesterapeuter og laboranter findes ingen lovregler eller administrative bestemmelser; også udlændinge kan derfor virke inden for områderne, men det påregnes, at lovbestemmelser vil blive indført.

Det oplyses endelig, at foreliggende udvalgsbetænkninger er af ældre dato, og at de næppe kan være af interesse.

Til udøvelse af virksomhed som apoteker i Frankrig kræves bestået fransk statseksamen for apotekere og optagelse i et register. Endvidere fransk statsborgerskab eller statsborgerskab i et land, i hvilket franske statsborgere har adgang til at virke som apoteker efter bestået eksamen dér.

Holland.

Ministeriet for sociale anliggender og folkesundheden oplyser, at der i Holland ikke findes bestemmelser, der giver adgang for personer, der ikke har lægevidenskabelig eksamen, til at udøve kiropraktisk virksomhed.

Kiropraktisk behandling udøves i Holland kun i ringe omfang, og der er ikke adgang for den offentlige sygeforsikring til at refundere udgifter til behandling hos kiropraktor.

Udøvelse af paramedicinsk virksomhed, f.eks. fysioterapi, kan kun finde sted under ledelse af eller efter ordination og kontrol af en læge eller en tandlæge.

Belgien.

Af det belgiske udenrigsministeriums besvarelse fremgår, at der i Belgien ikke findes særlige bestemmelser vedrørende kiropraktorer. Efter belgisk lov og retspraksis udgør kiro-

praktik en del af helbredelseskunsten, og denne virksomhed er forbeholdt læger.

Der har foreligget tilfælde, hvor personer med udenlandsk diplom som kiropraktor har åbnet klinik i Belgien. De er imidlertid ofte blevet dømt for ulovlig udøvelse af lægegerning.

Der findes efter oplysningerne i den belgiske besvarelse tilsyneladende for tiden ingen regler vedrørende retten til at tage syge i kur. Direkte omtales, at der ikke findes regler for, i hvilket omfang medicinalpersonale må medvirke til at stille diagnoser eller behandle patienter. De belgiske myndigheder overvejer regler om, hvad der henhører under »medicinen«, og under hvilke betingelser medicinalpersonale kan deltage i lægearbejde.

Der foreligger således et lovudkast, hvori fastslås, at f.eks. røntgenfotografering og gennemlysning, behandling af led, korrektion af knogleforskydninger og manipulation af rygsøjlen betragtes som lægearbejde. Visse andre behandlingsformer skulle efter forslaget kunne udøves på sygehuse af underordnet medicinalpersonale, autoriserede sygeplejersker og fysioterapeuter under en læges ansvar.

Om autorisation af medicinalpersonale i Belgien oplyses, at sygeplejere og sygeplejersker er autoriserede. Under visse betingelser kan ikke-belgiske statsborgere, som har gennemgået en uddannelse svarende til den belgiske, få tilladelse til at virke i Belgien.

Forbundsrepublikken Tyskland.

Det tyske udenrigsministerium oplyser, at der ikke findes særlige regler om kiropraktorer, men at en kiropraktor, som en anden person, der - uden at være læge - vil udøve sygdomsbekæmpende virksomhed, er underkastet bestemmelserne i lov af 17. februar 1939 (Heilpraktikergesetz). Efter bestemmelserne i denne lov og en dertil knyttet gennemførelsesanordning af 18. februar 1939 skal enhver, der, uden at have autorisation som læge, ønsker erhvervsmæssigt, selvstændigt eller under andres ansvar at udøve virksomhed bestående i diagnostisering, helbredelse eller lindring af sygdomme, lidelser eller legemsskader hos mennesker, have tilladelse hertil af sundhedsstyrelsen. Tilladelsen, der forudsætter en alder på 25 år og tysk statsborgerskab samt almindelig folkeskoleuddannelse og opfyldelse af visse vandelskrav, gives efter aflagt prøve på kundskaber og duelighed, uden at der stilles krav om speciel uddannelse. Der stilles ej heller krav om supplerende uddannelse til vedligeholdelse af kundskaber. Udøvelse af virksomhed uden tilladelse straffes.

Om kiropraktisk behandling oplyses i besvarelsen, at den anerkendes indenfor den offentlige sygeforsikring. Den kan tænkes foretaget af læger eller af medicinsk hjælpepersonale, f.eks. fysioterapeuter, efter lægeordination. Anden udøvelse af kiropraktisk behandling anerkendes ikke, og der kan ikke ydes refusion af udgifter hertil.

De private sygekasser er ikke bundet af de for den offentlige sygeforsikring gældende regler, og de fleste private selskaber yder refusion af udgifter til kiropraktisk behandling givet af kiropraktor.

Det danske socialministerium oplyser, at sygeforsikringen yder tilskud til »Heilmittel« som f.eks. badebehandling og massage, der ordineres af sygekasselæge og godkendes af kassen. Behandling ved en såkaldt »Heilpraktiker« kan kun finde sted for sygekassens regning, for så vidt sådan behandling sker efter lægeordination eller under lægetilsyn.

Den tyske besvarelse indeholder om autorisation af medicinalpersonale kun oplysninger om lægers forhold. Efter lov af 2. oktober 1961 kan autorisation som hovedregel kun gives til statsborgere i forbundsrepublikken. Udlændinge kan, såfremt de har en lægevidenskabelig eksamen, få midlertidig tilladelse til udøvelse af lægegerning, men kan dog også under visse betingelser få egentlig autorisation. For at opnå autorisation som læge kræves bestået lægevidenskabelig eksamen og 2 års kandidattjeneste efter nærmere regler. Praktik i udlandet kan kun undtagelsesvis medregnes. Ændringer i de grundlæggende bestemmelser om autorisation påtænkes ikke, men de detaljerede bestemmelser om betingelserne - herunder de uddannelsesmæssige - for opnåelse af autorisation er genstand for revision.

Østrig.

Det østrigske udenrigsministerium oplyser, at kiropraktik som helbredelsesvirksomhed drevet på medicinsk videnskabeligt grundlag er omfattet af lægelovens bestemmelser og derfor kun må udøves af læger. En lovbekendtgørelse af 31. marts 1964 indeholder bestemmelser om straf for den, som uden at være læge udøver forskellige former for helbredelsesvirksomhed.

Det fremgår af den østrigske besvarelse, at

retten til at tage syge i kur er forbeholdt læger og tandlæger.

Om autorisation oplyses, at kun østrigske statsborgere med østrigsk medicinsk eksamen eller af myndighederne anerkendt fremmedi eksamen må praktisere selvstændigt. Andre læger kan kun midlertidigt og i studieøjemed få tilladelse til at udøve lægevirksomhed i Østrig i assisterende stillinger.

Udenlandske farmaceuter må ikke være beskæftiget på østrigske apoteker, men undtagelse fra denne regel kan gøres af vedkommende ministerium.

Tandteknikere og jordemødre kan kun få autorisation, hvis de er østrigske statsborgere, medens sygeplejersker med fremmed statsborgerret kan arbejde som sygeplejersker i Østrig, såfremt deres uddannelse af det østrigske socialministerium anerkendes som ligestillet med den østrigske.

Det er ikke oplyst, hvorvidt der påtænkes ændring i de nævnte lovbestemmelser.

Schweiz.

Det schweiziske indenrigsministerium oplyser, at der ikke foreligger nogen lovgivning, der fælles for de 22 kantoner regulerer kiropraktorers forhold. Hver enkelt kanton bestemmer selv, om den vil anerkende kiropraktorer ved indførelse af en autorisationsordning. Af 22 kantoner har 14 anerkendt kiropraktikken, Ziirich allerede i 1939. Flere ventes at følge efter.

De enkelte kantoners lovgivning indeholder definition af begrebet kiropraktik, således i kanton Ziirich: Kiropraktik omfatter diagnostiske forholdsregler ved hvirvelsøjlen og manuel korrektion af unormale hvirvelstillinger; i kanton Luzern: Behandling af unormale hvirvelstilinger; i kanton Basel-Stadt omfatter definitionen også behandling af unormale tilstande i bækkenet. Det er forbudt en kiropraktor at udøve al anden lægevirksomhed, særlig behandling af smitsomme sygdomme, kirurgiske indgreb, herunder gynækologiske indgreb og indgreb i forbindelse med fødsel, ordination og anvendelse af diætetiske forholdsregler, ordination af medicin og anvendelse af fysioterapi, der ikke tjener til at ophæve unormale hvirvelstillinger. En kiropraktor er ikke læge i medicinallovens forstand. Andre kantoners love indeholder tilsvarende bestemmelser.

Ifølge § 19 i kanton Ziirichs lov om sundhedsvæsenet af 4. november 1962 kræves til at praktisere som kiropraktor schweizisk statsborgerskab og bestået prøve. Eksamenskommissionen består af 2 læger og 2 kiropraktorer samt en neutral opmand. De nærmere regler for prøven fastsættes af kommissionen.

I kanton Basel-Stadt er der ved forordning af 18. juni 1955 fastsat mere detaljerede regler om betingelserne for at få autorisation og for den prøve, der skal aflægges. Der kræves uberygtethed, studentereksamen eller tilsvarende uddannelse, bevis for mindst 3 års kiropraktisk studium ved en af sundhedsstyrelsen anerkendt kiropraktorskole, eksamensbevis samt mindst 1 års praksis som assistent hos anerkendt kiropraktor. Dernæst kræves bestået prøve i praktiske og teoretiske fag: Anatomi, fysiologi, speciel anatomi og fysiologi vedrørende hvirvelsøjle og bækken, patologi, røntgenologi og diagnostik vedrørende hvirvelsøjle og bækken samt kiropraktisk diagnostik og teknik. Der kan gøres undtagelser fra kravet om schweizisk statsborgerskab.

Om mulighederne for, at den offentlige sygeforsikring kan dække udgifter til behandling hos kiropraktor, oplyser det schweiziske indenrigsministerium, at det ved revision af forbundsloven om sygeforsikring i 1964 er bestemt, at en kiropraktor, der har modtaget forbundsregeringens anerkendelse af en i en kanton erhvervet autorisation som kiropraktor, kan indgå overenskomst med sygekasserne, hvorefter udgifter til behandling hos kiropraktor kan refunderes, som det er tilfældet for lægebehandling. Ordningen trådte i kraft den 1. januar 1965.

Om autorisation af medicinalpersonale oplyses, at kun eksaminer for læger, tandlæger og apotekere er reguleret på forbundsstatsbasis. Schweiziske statsborgere kan erhverve diplom, der - under forudsætning af den enkelte kantons tilladelse - berettiger til at praktisere i hele forbundsstaten. Fremmede statsborgere kan arbejde i assisterende stillinger i Schweiz efter tilladelse af den enkelte kantons myndigheder.

USA

Det amerikanske udenrigsministerium oplyser, at udgiveren af en samling af lovuddrag »A Compilation of State Laws Governing the Practice of Chiropractic«, The National Chiropractic Organisation[1]), ikke har nogen tilknytning til de amerikanske sundhedsmyndigheder,

[1]) Nu: American Chiropractic Association.

og at man derfor ikke ser sig i stand til at bringe de i den nævnte publikation indeholdte oplysninger å jour, hvilket udvalget havde anmodet om. Den danske ambassade i Washington har herefter på eget iniativ ved henvendelse til den nævnte organisation fremskaffet en nyere udgave af publikationen fra 1959.

Der er i 47 [2]) stater gennemført en kiropraktorlov, og de fleste love indeholder en definition af begrebet kiropraktor eller kiropraktik. Der gælder fra stat til stat meget afvigende regler for kiropraktorers virksomhed.

I nogle stater defineres kiropraktik som »den videnskab, der består i ved anvendelse af håndgreb at palpere og korrigere rygsøjlens led« eller lignende formulering. Definitionen i staten Iowa's lov betegner således kiropraktik som »behandling af menneskets sygdomme ved korrektion af rygsøjlens led med hånden eller ved andre tilsvarende korrektioner«. I Illinois er definitionen: »behandling af menneskets sygdomme uden brug af medicin og kirurgiske indgreb«. Nogle staters love er mere liberale for så vidt angår behandlingsformer. Således tillader Oregon's lov anvendelse af fysioterapi, elektroterapi, hydroterapi og mindre kirurgiske indgreb som led i behandlingen.

Flertallet af de stater, der anerkender kiropraktikken, tillader en kiropraktor at anvende eller ordinere fysioterapeutisk behandling, og nogle stater tillader diætetisk behandling. Der er ofte forbud mod at anvende kirurgiske indgreb, medicin og bedøvelsesmidler samt mod ydelse af fødselshjælp. Oftest er det tilladt en kiropraktor at behandle smitsomme sygdomme og udfærdige dødsattester, medens det almindeligvis ikke er tilladt kiropraktorer at udfærdige fødselsattester.

Lovsamlingen indeholder også oplysninger om uddannelse af kiropraktorer. Om dette spørgsmål henvises til redegørelsen i kapitel II og bilag II, F.

Det synes at fremgå af besvarelsen, at udlændinge i visse stater for at opnå autorisation som kiropraktor må have ansøgt om amerikansk statsborgerskab; i visse stater kan udlændinge ikke opnå autorisation.

Om refusion fra sygeforsikringen af udgifter til kiropraktisk behandling gives ingen oplysninger.

Det danske socialministerium har som supplement til den fra USA modtagne besvarelse oplyst, at der i USA på forskellige måder kan ydes refusion fra det offentlige til betaling af sygebehandling. Der er ikke tale om en generel sygeforsikringsordning, men om refusion indenfor 3 områder: offentlig forsorg, sygehjælp til personer over 65 år og frivillig sygeforsikring for personer over 65 år. Alle ordninger støttes af forbundsregeringen.

Ifølge den amerikanske Social Security Act af 1936 med senere ændringer yder forbundsmyndighederne tilskud til enkeltstater, der har gennemført *offentlig forsorg* til fordel for mindst én af følgende 4 grupper af trængende: 1) personer over 65 år, 2) blinde, 3) varigt og fuldstændigt invaliderede og 4) familier med uforsørgede børn (»dependent children«).

Forbundsmyndighederne kan bl.a. yde tilskud til udgifter til »practitioners services«, d.v.s. lægehjælp, tandlægehjælp og bistand fra forskellige andre praktiserende inden for sygdomsbekæmpelsen.

Nogle stater yder slet ikke refusion til de nævnte grupper, andre til enkelte grupper, og der er også fra stat til stat forskel på, til hvilke former for bistand refusion ydes. 19 enkeltstater ydede i 1964 under en eller anden form refusion af udgifter til kiropraktorbehandling og modtog tilskud fra forbundsmyndighederne hertil.

Ved en lovændring, der trådte i kraft 1960, indførtes tilskud fra forbundsmyndighederne til »Medical Assistance for the Aged«, d.v.s. *sygehjælp til personer over 65 år,* hvis indtægt eller formue er af en sådan størrelse, at de er udelukket fra at modtage forsorgshjælp, men som dog ikke er i stand til selv at bestride omkostningerne ved nødvendig sygebehandling. Det er overladt til de enkelte stater at træffe bestemmelse om, hvorvidt de vil indføre en sådan sygehjælp og eventuelt nærmere at udforme reglerne for denne. F.eks. varierer reglerne om, til hvilke former for sygebehandling der gives refusion, ligesom indtægts- og formuegrænserne er varierende. Nogle stater yder f.eks. kun refusion af udgifter til sygehusbehandling og medicin, medens andre yder refusion af udgifter til behandling hos læge, tandlæge o.s.v. Kun 6 stater ydede i 1964 refusion af udgifter til kiropraktorbehandling.

Ved en pr. 1. juli 1966 gennemført lovændring indførtes en *frivillig sygeforsikring for ældre* (»Voluntary Medical Insurance for the Aged«). Personer over 65 år har adgang til at forsikre sig for 3 dollars pr. måned (pristals-

[2]) Nu 48, jfr. nedenfor under B.

reguleret). Forbundsmyndighederne yder 3 dollars pr. måned pr. forsikret person. Forsikringen betaler 80 % af rimelige udgifter til nærmere fastsatte former for sygehjælp, idet den forsikrede dog selv må afholde de første 50 dollars i hvert kalenderår.

Det fremgår ikke af de foreliggende oplysninger, at der efter ordningen vil kunne ydes refusion af de forsikredes udgifter til kiropraktorbehandling.

Det amerikanske udenrigsministerium oplyser, at i det mindste 1 stat nylig har besluttet, at en kiropraktor for at opnå autorisation i vedkommende stat må bestå samme eksamen, som skal bestås af læger for at opnå autorisation. Forbundsmyndighederne anvender ikke kiropraktorer på sine hospitaler.

Om eventuelle regler om retten for personer i øvrigt uden lægevidenskabelig eksamen til at tage syge i kur gives ingen oplysninger.

Om autorisation af medicinalpersonale oplyser besvarelsen, at reglerne varierer fra stat til stat. Generelt kan det siges, at der for læger, osteopather, tandlæger og farmaceuter kræves autorisation, der gives i den stat, hvor de ønsker at praktisere. Autorisation kræves dog ikke til virksomhed i assisterende stillinger.

Der gøres normalt ikke forskel på amerikanske og udenlandske statsborgere, men visse stater kræver dog som betingelse for autorisation amerikansk statsborgerret eller indgivet ansøgning herom.

Canada.

Af den fra Canada modtagne besvarelse fremgår det, at der ikke gældende for samtlige provinser foreligger lovbestemmelser, der giver regler for udøvelse af kiropraktisk virksomhed for personer, der ikke har lægevidenskabelig eksamen. Der er derimod, ifølge ovennævnte lovsamling »A Compilation of State Laws Governing the Practice of Chiropractic« i 6[3]) af 10 provinser siden 1923 gennemført love, der indeholder nærmere regler om kiropraktorer.

Det oplyses, at begrebet kiropraktik er defineret i Alberta, British Columbia, Manitoba og New Brunswick. I provinsen Albertas lov fra 1945 med ændring i 1961 defineres kiropraktik som »den videnskab og undersøgelsesvirksomhed og virksomhed i øvrigt, som har til formål at korrigere rygsøjlens led og andre led, der har forbindelse hermed«. En kiropraktor er en person, der udøver sådan virksomhed. Der er visse begrænsninger i kiropraktorers virksomhed, varierende fra provins til provins. I de 6 (nu 7) provinser, der anerkender kiropraktikken, er det således ikke tilladt en kiropraktor at udøve obstetrisk virksomhed eller at udfærdige fødsels- eller dødsattester. Derimod tillader 5 provinser en kiropraktor at behandle smitsomme sygdomme. Retstilstanden på dette felt er dog ifølge de canadiske oplysninger uklar. Kiropraktorer er ikke tilknyttet det offentlige sygehusvæsen.

Der stilles tilsvarende uddannelseskrav som i USA, og til autorisation kræves bestået eksamen i vedkommende provins, eksempelvis i Saskatchewan en eksamen anerkendt af universitetet og omfattende anatomi, fysiologi, kemi, patologi, histologi, neurologi, gynækologi, sundhedslære og hygiejne, diagnostik og kiropraktisk behandlings teori og praksis. Der stilles ikke særlige krav om vedligeholdelse af kundskaberne. Autorisationsordningen administreres af kiropraktorforeningen i vedkommende provins.

Det fremgår ikke med tydelighed af oplysningerne fra Canada, om en udenlandsk statsborger kan opnå autorisation som kiropraktor i de enkelte provinser. Det fremgår dog f.eks. af den i British Columbia gældende lov, at den, der autoriseres, skal være britisk undersåt.

Der gives i besvarelsen ikke oplysninger om, hvorvidt udgifter til kiropraktisk behandling af offentlig eller privat sygeforsikring anerkendes som refusionsberettigende. Af den nævnte samling af lovuddrag fremgår imidlertid, at kiropraktorer kun i 1 af de 6 omtalte provinser er anerkendt som berettigede til at undersøge personer, der søger at indgå forsikringsaftaler.

Det canadiske udenrigsministerium oplyser ikke, hvorvidt der i øvrigt principielt i de enkelte provinser er fri ret for enhver til at tage syge i kur, men besvarelsen indeholder en beskrivelse af forskellige former for helbredelsesvirksomhed, der er reguleret i hver enkelt provins.

Stort set ensartede lovregler om naturopater - naturhelbredere - findes i 5 provinser.

Naturopater må almindeligvis ikke ordinere medicin, anvende bedøvelse eller kirurgiske indgreb, behandle kønssygdomme, udøve fødselshjælp eller i øvrigt udøve virksomhed, der er forbeholdt læger og osteopather.

Udøvelse af virksomhed som osteopath er

[3]) Nu 7, jfr. nedenfor under B.

på forskellig måde begrænset i Canada. Reglerne om autorisation er forskellige i de provinser, der har lovregler herom. Osteopather er ikke knyttet til hospitalsvæsenet. Uddannelsen finder sted ved amerikanske skoler anerkendt af den canadiske osteopathforening. For at opnå autorisation i en provins må kandidaten bestå en provinseksamen. De enkelte provinsers lovgivning indeholder definition af begrebet osteopathi.

Om de gældende regler for autorisation af medicinalpersonale i øvrigt indeholder den canadiske besvarelse nogle oplysninger.

Autorisation kræves for at kunne praktisere som læge. Hver enkelt provins lovgivning stiller særlige krav, bl.a. til uddannelsen. Der findes dog, fælles for alle provinser, en ordning, hvorefter en person, der enten er autoriseret i en provins eller opfylder betingelserne herfor, kan gennemgå en eksamen, der forestås af det canadiske lægeråd og som anerkendes som grunduddannelse i alle provinser. Autorisation kan derfor søges i hver enkelt provins, når eksamen er bestået og 1 års turnustjeneste gennemgået.

Også tandlæger autoriseres i hver enkelt provins efter de der gældende bestemmelser. Alle provinser, undtagen Quebec, giver efter foretagen prøve autorisation til kandidater fra de canadiske tandlægeskoler, som anerkendes af den canadiske tandlægeforening. De fleste andre provinser anerkender eksamen fra Storbritannien, Australien og New Zealand.

Som grundlag for autorisation anerkender alle provinser - uden yderligere eksamenskrav - eksamensbevis udstedt af det canadiske tandlægeråds eksamenskommission. Et sådant bevis forudsætter - ud over prøve aflagt for kommissionen - et duelighedsbevis fra en enkelt provins' tandlægeautorisationsmyndigheder samt eksamen fra en af den canadiske tandlægeforening anerkendt tandlægeskole.

Kun 4 provinser kræver som betingelse for autorisation canadisk statsborgerskab, eller at ansøgeren har til hensigt at blive canadisk statsborger.

Fysioterapeuter kan opnå autorisation i de enkelte provinser. Uddannelse og eksamen er ved fysioterapeutforeningens mellemkomst gjort fælles for hele Canada og danner grundlag for autorisation i de enkelte provinser. Personer med udenlandsk uddannelse må tage tillægsprøve.

B. Yderligere oplysninger om forhold i udlandet.

Norge, Sverige og Finland.

I tiden siden de under A anførte oplysninger om autorisation af medicinalpersonale i disse lande blev indhentet gennem udenrigsministeriet, har disse lande og Danmark indgået eller forberedt aftaler om fælles nordisk arbejdsmarked for forskelligt medicinalpersonale.

Der er således mellem de nævnte lande i henholdsvis 1965 og 1966 indgået overenskomst om fælles nordisk arbejdsmarked for læger og tandlæger, hvorefter eksamen i et af de kontraherende lande efterfulgt af autorisation i vedkommende land for statsborgere i et af landene skal anerkendes som berettigende til autorisation i et andet af de kontraherende lande. Dette gælder dog kun, såfremt den oprindelige autorisation stadig er gyldig. Under samme forudsætninger skal en autorisation i et af landene, meddelt på grundlag af udenlandsk eksamen, anerkendes som berettigende til autorisation i et af de andre lande. Der er ikke hjemmel til at stille krav om kendskab til værtslandets sprog.

Under forberedelse er aftaler om fælles nordisk arbejdsmarked for sygeplejersker og fysioterapeuter.

Frankrig.

Ifølge oplysninger, som er forelagt udvalget af kiropraktorerne, blev der den 13. april 1966 forelagt den franske nationalforsamling et forslag til lov om kiropraktorgerning. Nogen lov er dog ikke vedtaget.

Schweiz.

Som det fremgår af det om forholdene i Schweiz under A anførte, er det de enkelte kantoner, der inden for deres eget område selvstændigt træffer afgørelse om autorisation af kiropraktorer, således som det f.eks. også gælder for læger, sygeplejersker og andet medicinalpersonale.

Kiropraktorerne i udvalget har forelagt yderligere oplysninger om indholdet af enkelte kantoners bestemmelser. Lovene i kanton St. Gallen, Vaud og Genève indeholder tilsvarende definitioner af begrebet kiropraktik og tilsvarende oplysninger om forbudte behandlingsmetoder, som findes i det lovmateriale, udvalget gennem udenrigsministeriets forespørgsel er

blevet bekendt med. En kiropraktor har ret til selvstændig virksomhed inden for sit fag, når han har modtaget bevilling (autorisation) i vedkommende kanton. I kanton Genève betragtes autoriserede kiropraktorer som tilhørende den medicinske profession. I nogle kantonlove er kiropraktisk virksomhed og betegnelsen kiropraktor forbeholdt autoriserede kiropraktorer.

I 1967 har yderligere kanton Neuchâtel anerkendt kiropraktikken[4]). Oplysning herom er forelagt udvalget af »Landsforeningen til Kiropraktikkens Fremme«.

Ifølge lov af 11. december 1967 kan autorisation som kiropraktor meddeles schweiziske statsborgere med bopæl i kanton Neuchâtel under forudsætning af, at de har aflagt eksamen for en eksamenskommission sammensat af 2 læger, 2 kiropraktorer og et medlem udnævnt af kantonens indenrigsministerium. Eksamensbevis udstedes af indenrigsministeriet. Loven henviser, for så vidt angår de fag, hvori kandidaten skal eksamineres, til artikel 1 i en forbundsstatsforordning af 15. januar 1965 vedrørende betingelserne for, at kiropraktorer kan anerkendes til at udøve virksomhed, hvortil sygeforsikringen refunderer udgifterne, jfr. nedenfor.

Det følger heraf, at eksamen skal bestås i mindst følgende discipliner: Grundlæggende lære om kiropraktik, anatomi med særlig vægt på hvirvelsøjlens og bækkenets forhold, fysiologi og fysiopatologi særligt med henblik på hvirvelsøjlens og bækkenets mekanik og statik og de med disse organer sammenhængende unormale tilstande, patologi, bedømmelse af røntgenbilleder af hvirvelsøjlen og bækkenet, kiropraktisk undersøgelse, diagnostisk bedømmelse af en patient samt kiropraktisk behandlingsteknik.

Kiropraktorerne er autoriserede til at foretage kiropraktisk undersøgelse og behandling omfattende bl.a. røntgenundersøgelse og visse nærmere opregnede urin- og blodundersøgelser. Andre former for urin- og blodundersøgelser skal henvises til læge. Afgrænsningen af behandlingsmetoder, som det er tilladt kiropraktorer at anvende, svarer til den i de øvrige kantonale love angivne. I lovens forarbejder gøres det gældende, at såfremt en unormal tilstand i hvirvelsøjle (eller bækken) ikke kan konstateres ved anvendelse af de tilladte diagnostika, hvis sandsynligheden altså taler for, at kiropraktisk behandling er kontraindiceret, skal kiropraktoren henvise til en læge.

Medens selve spørgsmålet om autorisation af kiropraktorer reguleres kantonalt, er sygeforsikringsordningen i Schweiz fælles for alle kantoner. Loven - »Bundesgesetz tiber die Kranken - und Unfallversicherung« fra 1911 - hjemlede indtil en revision i 1964 ikke pligt for sygekasserne til at yde refusion af udgifter til kiropraktisk behandling. Ofte ydede sygekasserne dog refusion, under forudsætning af, at behandlingen var ordineret af en læge.

Efter lovændringen, der trådte i kraft den 1. januar 1965, har sygekasserne nu pligt til at yde samme støtte til lægebehandling og til behandling hos kiropraktorer, som er i besiddelse af autorisation i en kanton, og hvis autorisationsbevis er anerkendt af forbundsmyndighederne. Det kræves således ikke, at patienten skal være henvist af læge.

Som grundlag for forbundsmyndighedernes anerkendelse af en kiropraktors sygekassevirksomhed skal altså foreligge et kantonalt autorisationsbevis, der atter forudsætter eksamen i de ovennævnte fag og opfyldelsen af visse krav til kiropraktorernes uddannelse, således eksamen fra en af de 10 kiropraktiske læreanstalter i USA og Canada, som forbundsmyndighederne anerkender, og 1 års virksomhed hos praktiserende autoriseret kiropraktor. Der findes visse overgangsbestemmelser.

Med virkning fra 1. januar 1966 er der herefter indgået aftale mellem den schweiziske kiropraktor-forening og sygekasserne. Heri pålægges bl.a. kiropraktorerne pligt til at deltage i de årlige videreuddannelseskurser i Schweiz, og overenskomsten indeholder takster for behandling hos kiropraktor.

Det schweiziske forbundskontor for socialforsikring har efter anmodning fra det danske socialministerium meddelt yderligere oplysninger om forholdene i Schweiz.

Det oplyses således, at aftalen mellem den schweiziske kiropraktor-forening og sygekasserne, hvis takster og øvrige bestemmelser i øvrigt skal godkendes af hver enkelt kantons myndigheder, skal forstås således, at en kiropraktor, der har behandlet en sygekassepatient, modtager fuld dækning for sit tilgodehavende af sygekassen og således ikke kan kræve nogen betaling af patienten for den pågældende behandling. Patienten skal derimod betale et vist beløb til sygekassen til delvis dækning af kassens udgift til kiropraktorbehandlingen.

[4]) Jfr. bilag VI, E.

Forbundssocialforsikringskontoret oplyser, at det som følge af, at taksterne for lægebehandling varierer meget stærkt i Schweiz, ikke er muligt at anstille nogen sammenligning mellem lægers og kiropraktorers takster.

Det oplyses endvidere, at forbundsstatens tilskud til sygekasserne udgør en vis procentdel af kassernes udgifter pr. medlem, og at også eventuelle udgifter til medlemmers behandling hos kiropraktor medregnes i de tilskudsberettigende udgifter.

Af besvarelsen fremgår, at det forbud, de kantonale love indeholder mod, at kiropraktorer ordinerer eller anvender medicin, omfatter såvel receptpligtig medicin som håndkøbspræparater.

Endelig oplyses, at en af en kiropraktor udstedt erklæring om arbejdsudygtighed som grundlag for udbetaling af dagpenge under sygdom anerkendes af sygekasserne i samme omfang som en lægeerklæring.

USA.

En af de enkeltstater i USA, der ikke anerkender kiropraktik og hvis lovgivning derfor ikke indeholder regler om autorisation af kiropraktorer, er staten Louisiana. Statens myndigheder stillede derfor krav om, at kiropraktorer, der ønskede at udøve virksomhed inden for statens område, skulle have bestået eksamen som læge.

Nogle kiropraktorer indbragte spørgsmålet for retten, og en domstol (United States District Court, Eastern District of Louisiana, New Orleans Division) traf i 1965 afgørelse i sagen.

Retten kom til det resultat, at staten Louisianas myndigheder var berettiget til at forlange, at en kiropraktor, der ønsker at udøve virksomhed i Louisiana, skal have bestået eksamen som læge. Denne afgørelse stadfæstedes af højesteret (U.S. Supreme Court) den 20. juni 1966.

Siden de ovenfor under A refererede oplysninger er modtaget, har staten Massachusetts indført en autorisationsordning for kiropraktorer, således at disses virksomhed nu er anerkendt i 48 stater.

Som omtalt i bilag II, F, må en kiropraktor, når han har afsluttet sin uddannelse ved en kiropraktisk læreanstalt og ønsker at opnå autorisation til at praktisere i en stat, der anerkender kiropraktikken, bestå en statseksamen i vedkommende stat. De erhvervede kundskaber skulle sætte ham i stand til at bestå en sådan eksamen uden yderligere forberedelse.

Eksamenskommissionen består ifølge oplysninger, som kiropraktorudvalget har modtaget fra kiropraktorerne i udvalget, i nogle stater udelukkende af kiropraktorer, i andre af kiropraktorer og læger og i en enkelt stat udelukkende af læger. Kommissionens medlemmer udpeges af de respektive professionelle foreninger og godkendes af statens guvernør.

De enkelte staters kiropraktorlove indeholder bestemmelser om eksaminationernes form og omfang samt karaktergivningen. Generelt kan det siges, at ansøgeren prøves i alle de fag, han har studeret på læreanstalten. Efter bestået statseksamen modtager kiropraktoren et autorisationsbevis, normalt kun gyldigt i vedkommende stat. Visse stater anerkender dog gensidig hinandens autorisationsbeviser.

Den nævnte eksaminations- og autorisationsordning anvendes i ca. halvdelen af de stater, der anerkender kiropraktikken. I de øvrige stater er den for autorisation fornødne eksamen opdelt i 2, hvoraf 1. del er fælles for læger, tandlæger, kiropraktorer og osteopather og derfor også omfatter en række fællesfag. 2. del omfatter de fag, der er specielle for eksaminanden, f.eks. en kiropraktor. Efter bestået eksamen udstedes autorisationsbevis.

Der er for få år siden indført en fælles eksamensordning, Chiropractic National Board Examination, der anerkendes af 14 stater. Herved lettes adgangen for den enkelte kiropraktor til at nedsætte sig i en anden stat end den, hvori han først har valgt at praktisere.

Ovenfor under A er det oplyst, at der i enkeltstaterne under visse omstændigheder kan ydes støtte til kiropraktisk behandling.

Canada.

Ifølge oplysning fra kiropraktorerne i udvalget har provinsen Prince Edwards Island i 1968 indført en autorisationsordning for kiropraktorer, således at sådanne ordninger nu findes i 7 af Canadas 10 provinser.

New Zealand.

I 1960 har New Zealand gennemført en kiropraktorlov. Loven, der er forelagt udvalget, definerer kiropraktik som »undersøgelse og korrektion med hånden af den menneskelige

rygsøjle og bækkenet«. I øvrigt indeholder loven ikke regler om kiropraktisk behandling. Der er oprettet et kiropraktorråd bestående af en advokat ved højesteret og fire kiropraktorer, hvoraf to udnævnes af New Zealands kiropraktorforening. Rådet administrerer en registreringsordning, hvorom loven indeholder nærmere regler, herunder overgangsbestemmelser vedrørende allerede i New Zealand praktiserende kiropraktorer. Det er forbudt personer, der ikke er optaget i registeret, at anvende betegnelsen kiropraktor eller at praktisere som kiropraktor. Der udstedes certifikater til de af ordningen omfattede kiropraktorer. Certifikaterne gælder 1 år.

Vest-Australien.

En kiropraktorlov blev i 1964 vedtaget i West-Australien. Det er for udvalget oplyst, at lovens tilblivelse skyldtes ønsket om at beskytte publikum gennem en autorisationsordning. I West-Australien er det principielt ikke tilladt enhver at tage syge i kur.

Loven indeholder en definition af begrebet kiropraktik og udelukker kiropraktorer fra at beskæftige sig med kirurgi og obstetrik samt anvende medicin, anæstesi og diætetiske forholdsregler. Endvidere indeholder loven forbud mod, at nogen, der ikke er registreret som kiropraktor, anvender betegnelsen kiropraktor eller praktiserer som sådan.

Diagnoser fra en kiropraktorpraksis.

(Aase og Henning Hviid)

stillet på et fortløbende patientmaterniale i perioden 1.-1.-1.-9. 1964.

Nr.	Primærlidelse	Sekundærlidelse
1.	Syndr. compress, neurovasc. dpi.	Neurastenia
2.	Sublux. sacroil. sin.	
3.	Periarthrosis hum.-scap. sin.	
4.	Prolapsus d. i.v. lumb. paramed. sin.	
5.	Hemicrania	Cephalalgia cervicogen.
6.	Prolapsus d. i.v. L_{4-5} S.	
7.	Syndr. compress, neurovasc. (scalenus ant. og costoclaviculært)	
8.	Myosis lumb. - isch. sin.	
9.	Periarthr. hum.-scap. sin.	
10.	Myosis lumb. - isch. sin.	
11.	Myosis lumb. ae.	
12.	Bronchitis chron.	
13.	Myosis lumb. ae.	
14.	Cephalalgia cervicogen. chron.	
15.	Myosis reg. glut. dxt. - isch. dxt.	Nervosismus
16.	Cephalalgia cervicogen.	Myosis interscap. Epilepsia
17.	Myosis lumb. ae.	Neurosis
18.	Myosis lumb.	
19.	Enuresis noct. et diurn.	
20.	Neurosis - *afvist*	
21.	Myosis lumb.	
22.	Syndr. compress, neurovasc. dxt., (hyperabd.-syndrom), Periatrhr. hum.-scap. dxt.	
23.	Neuritis nervi lacrymalis	
24.	Sublux. sacroil. dxt.	
25.	Dystonia vegetativa	
26.	Cephalalgia cervicogen.	Dyskin. duet. bil.
27.	Myosis lumb. chron.	
28.	Sublux. sacroil. sin. - isch. sin.	Myoneuralgia extr. sup. dxt.
29.	Prolapsus d. i.v. lumb.	
30.	Arthrosis cox. sin.	
31.	Asthma bronch.	
32.	Hemicrania	Myoses var.
33.	Hemicrania	Myoses var. Morbus Baastrup
34.	Syndr. compress, neurovasc. dxt. (scalenus ant. syndrom)	

Nr.	Primærlidelse	Sekundærlidelse
35.	Myosis lumb. ae.	
36.	Neuritis intercost. $Th._6$ sin.	
37.	Myosis lumb.	Nervosismus
38.	Hemicrania (»migraine cervicale«)	
39.	Myosis lumb. - isch. sin.	Asthma bronch.
40.	Myosis reg. dors.	
41.	Myosis lumb.	Nervosismus
42.	Myosis c.-th.-l., Vertigo	
43.	Sublux. sacroil. dxt.	
44.	Spondylosis cerv. (Cephalalgia, brachialgia dxt., syndr. seal. ant. sin.)	
45.	Hemicrania, Myosis cerv.	
46.	Syringomyelia? *Afvist*	
47.	Ataxia (laesio pyramid.) *Afvist*	
48.	Myoneuralgia mandibulo-cerv.	Neurosis cord.
49.	Myosis lumb. ae.	
50.	Myoses var.	
51.	Myosis lumb. - isch. sin.	
52.	Asthma bronch.	
53.	Myosis lumb.	Tendinitis bicip. cap. long, et supraspin.
54.	Myosis lumb.-glut. dxt. - isch. dxt.	
55.	Depressio mentis	Myosis deltoid, dxt.
56.	Degeneratio disci L_1	
57.	Myosis lumb.	Dyssomnia
58.	Isch. sin.	
59.	Asthma bronch. - bronchitis	
60.	Depressio mentis (hypertens. muse.)	
61.	Sublux. sacroil. dxt.	
62.	Torticollis	
63.	Prolapsus d. i.v. lumb.	
64.	Periarthrosis gen. sin.	
65.	Arthrosis cox. sin.	
66.	Neuritis plex. brach. sin.	
67.	Hemicrania (»migraine cervicale«)	
68.	Peritendinit. achill. dpi. (rtg.-diagn.: calcaneussporer)	
69.	Prolapsus d. i.v. C_8	
70.	Myosis lumb. ae.	
71.	Morbus Meniere, Myosis cerv., Cephalalgia	
72.	Cephalalgia cervicogen.	Myosis c.-th.-l.
73.	Myosis lumb. ae.	
74.	Sublux. sacroil. sin.	Hypertens. muse.
75.	Myosis lumb. ae.	Syndr. compress, neurovasc. dxt. (hyperabd.-syndrom)
76.	Sequ. polio myel.	
77.	Hypertens. muse.	Nervosismus, Struma simplex
78.	Sublux. sacroil. sin., Myosis lumb. ae.	
79.	Myosis infrascap. sin. ae.	
80.	Spondylosis cerv.	

Nr.	Primærlidelse	Sekundærlidelse
81.	Myosis lumb.-glut. - isch. sin.	Calculi renal, dxt.
82.	Syndr. enceph. posttraum.	
83.	Myosis th.-l.	Cephalalgia cervicogen., Molimina menstr.
84.	Myoneuralgia cervicogen., Syndr. compress, neurovasc. dxt.	
85.	Torticollis, Cephalalgia cervicogen.	
86.	Syndr. Judovich - Bates, Sublux. sacroil. dxt.	Hyperchlorhydria
87.	Syndr. compress, neurovasc. dpi.	Hypertens. muse.
88.	Polyneuritis	
89.	Myosis lumb. - isch. dxt. chron.	
90.	Myosis lumb. ae.	
91.	Prolapsus d. i.v. lumb.	
92.	Sublux. sacroil. dxt.	
93	Myosis lumb. - isch. dxt.	
94.	Myosis lumb. chron., Constipatio	Paraesthesiae extr. sup. dpi.
95.	Syndr. a. vert.	
96.	Syndr. compress, neurovasc. dxt.	
97.	Myosis lumb. chron.	
98.	Sequ. comm. cerebri	
99.	Sublux. sacroil. sin.	
100.	Myosis lumb.-glut. dxt. subchron.	
101.	Myosis infrascap. sin.	
102.	Prolapsus d. i.v. lumb.	
103.	Myosis cerv., Cephalalgia	Sequ. polio myel.
104.	Sublux. sacroil. dxt.	
105.	Cephalalgia vasomot.	
106.	Myosis c.-th.-l. chron.	Cephalalgia cervicogen.
107.	Myosis lumb. ae.	
108.	Torticollis	
109.	Myosis reg. glut. dxt.	
110.	Myoneuralgia reg. lumb.-sacr. - isch. dxt., Sclerosis diss. obs. pro (henvist Neurol.)	
111.	Myosis infrascap. sin. ae.	
112.	Myosis lumb.-glut. dpi.	Neurosis cord., Sequ. comm. cerebri
113.	Myosis lumb.	
114.	Degeneratio disci L_{4_5}	
115.	Syndr. compress, neurovasc. sin. (seal. ant. syndrom)	Sublux. sacroil. sin.
116.	Myosis lumb. - isch. sin.	Myalgia extr. sup. dxt.
117.	Pseudo angina pect., Hypertens. muse. cerv., Neuralgia e.s. sin.	Dyskin. cerv., Diabetes mell., Hypertens. art.
118.	Myosis cerv.-lumb.	Hypertens. neuro-musc.
119.	Hemicrania (»migraine cervicale«)	
120.	Ataxia, Paraparesis spastica *Afvist*	
121.	Myosis lumb. ae.	
122.	Hypertens. muse. cerv.-brach. dpi.	
123.	Asthma bronch., Urticaria	
124.	Cephalalgia cervicogen.	
125.	Morbus Parkinsonii *Afvist*	

Nr.	Primærlidelse	Sekundærlidelse
126.	Cephalalgia front, cervicogen.	
127.	Hemicrania, Cephalalgia cervicogen.	Myoses var.
128.	Prolapsus d. i.v. lumb.	
129.	Prolapsus d. i.v. lumb.	
130.	Myosis lumb. ac.	
131.	Myoses var.	
132.	Sublux. sacroil. dxt.	
133.	Torticollis	
134.	Myosis lumb.-sacr. - isch. sin.	
135.	Prolapsus d. i.v. lumb.	
136.	Myosis lumb. ac.	
137.	Syndr. enceph. posttraum.	
138.	Cephalalgia cervicogen.	Myosis lumb. chron.
139.	Osteochrondrosis C_6, Vertigo	
140.	Myosis cerv., Cephalalgia cervicogen.	
141.	Sequ. haemorrhagiae cerebri *Afvist*	
142.	Myosis lumb. ac.	
143.	Myosis lumb. ac.	
144.	Myosis trapez, dpi., Cephalalgia cervicogen.	Molimina menstr. (lumbago-isch.) Achylia Diabetes mell.
145.	Periarthr. hum.-scap.	Cephalalgia cervicogen.
146.	Hemicrania	Myosis thor.-lumb.
147.	Syndr. compress, neurovasc. sin. (hyperabd. og costoclaviculært)	
148.	Syndr. compress, neurovasc. dxt. (hyperabd.-syndr.)	
149.	Arthrosis cox. dxt.	
150.	Sublux. sacroil. dxt.	
151.	Myosis lumb. chron.	Myosis cerv.
152.	Hemicrania	Cephalalgia temp.-occ. cervicogen.
153.	Myosis lumb. subchron.	
154.	Degeneratio disc. L_{4_5}	
155.	Hemicrania (»migraine cervicale«)	Myosis c.-th.-l. Neurosis cord.
156.	Distortio talo-cruralis sin. sequ. (adhaesiones ped. sin.)	
157.	Sublux. sacroil. dxt.	
158.	Prolapsus d. i.v. lumb. (paresis extr. inf. sin.)	
159.	Syndr. a. vert. sin.	
160.	Myosis lumb. ac.	
161.	Myosis lumb. ac.	
162.	Prolapsus d. i.v. lumb.	
163.	Myosis lumb. - isch. sin.	
164.	Syndr. enceph. posttraum.	
165.	Cephalalgia chron., Myosis lumb. - isch. chron.	
166.	Myoses var.	
167.	Prolapsus d. i.v. lumb.	
168.	Myosis lumb. chron. - isch. sin.	
169.	Myosis lumb. - isch. sin.	

Nr.	Primærlidelse		Sekundærlidelse
170.	Sublux. sacroil. sin.		
171.	Isch. dxt.		Syndr. compress, neurovesc. (hyperabd. syndr.), Periarthr. hum.-scap.
172.	Degeneratio disc. lumb.		
173.	Periarthrosis talo-cruralis dxt.		
174.	Myosis thor.-lumb.		Cephalalgia cervicogen.
175.	Myosis lumb. chron. (paraesthesia extr. inf. sin.)		Halisteresis
176.	Myosis lumb. ac. - isch. sin.		
177.	Syndr. compress, neurovasc. sin. (costo-claviculært **syndrom)**		Neurosis
178.	Myosis lumb. ac.		
179.	Torticollis		
180.	Myosis lumb. ac.		
181.	Cephalalgia cervicogen. chron.		Myoses var., Neurasthenia
182.	Polyarthritis chron. prim. progress.	***Afvist***	
183.	Hypertens. muse. general.		
184.	Myosis lumb. ac.		
185.	Strabismus divergens sin. (paresis n. cran.$_3$ et m. **rect.** int.)		
186.	Myosis lumb. - isch. sin.		
187.	Myosis lumb. ac.		
188.	Myosis c.-th.-l.		Epilepsia (Petit Mal)
189.	Sublux. sacroil. sin.		
190.	Myosis cerv., Cephalalgia cervicogen.		

BILAG VI, B.

Udvalgets brevveksling om røntgenfotografering.

Det af indenrigsministeriet
nedsatte kiropraktorudvalg af 1963
Adr.: Indenrigsministeriet

Den 9. april 1965.

Hr. professor, dr. med. G. S. Thomsen
Radiologisk afdeling
Rigshospitalet
0.

I 1963 nedsatte indenrigsministeriet et udvalg med den opgave at foretage en undersøgelse af, hvorvidt og i bekræftende fald på hvilke nærmere betingelser der bør gennemføres en autorisationsordning for personer med uddannelse i såkaldt kiropraktisk behandling, samt hvorvidt og i bekræftende fald på hvilke betingelser, der bør gives anerkendte sygekasser ret til at yde støtte til deres medlemmers modtagelse af kiropraktisk behandling.

Et medlem af udvalget, kiropraktor J. N. Jørgensen, har i en redegørelse til udvalget (»kortfattet redegørelse for kiropraktorpraksis«) om kiropraktorernes røntgenundersøgelser, oplyst følgende:

»Skønner kiropraktoren efter sin undersø-

geise (anamnese, klinisk undersøgelse, neurologisk undersøgelse, laboratorieundersøgelse og speciel kiropraktisk undersøgelse), at lidelsen er egnet for kiropraktorbehandling, bliver der foretaget en røntgenundersøgelse af hvirvelsøjlen i siddende og/eller stående stilling. Årsagen til, at patienten undersøges i oprejst stilling er, at kiropraktorerne ønsker at betragte hvirvelsøjlen under naturlige fysiologiske forhold, altså under belastning; i modsætning hertil foretages en lægelig røntgenundersøgelse næsten altid i liggende stilling, fordi man her interesserer sig mere for det strukturelle billede.«

I udvalget har man herefter drøftet spørgsmålet om, hvorvidt der virkelig i teori og praksis er en forskel som antydet mellem kiropraktorernes og røntgenlægernes fremgangsmåde, og man har fundet det ønskeligt at søge spørgsmålet belyst af særligt sagkyndige.

Udvalget vil derfor herved gerne anmode Dem om at ville afgive en udtalelse om, hvorvidt der ved undervisningen af de medicinske studenter anbefales en bestemt fremgangsmåde for røntgenundersøgelse af hvirvelsøjlen, herunder om hvorvidt man tidligere måtte have tilrådet en anden fremgangsmåde.

Det tilføjes, at man samtidig har anmodet professor dr. med. Sigvard Kaae, Århus universitet, Århus, om at ville afgive en tilsvarende udtalelse, ligesom man har udbedt sig en udtalelse fra dansk radiologisk selskab vedrørende den i praksis anvendte fremgangsmåde.

P.U.V.

P. H. Lundsteen

DANSK RADIOLOGISK SELSKAB
v/ formanden, overlæge, dr. med. K. Olaf Petersen
Københavns amts sygehus i Gentofte,
postadr. Hellerup.

Hellerup 27. april 1965

til
Det af Indenrigsministeriet
nedsatte kiropraktorudvalg af 1963
Indenrigsministeriet

I skrivelse af 9. april d.å. har det af Indenrigsministeriet nedsatte kiropraktorudvalg af 1963 udbedt sig en udtalelse fra Dansk radiologisk selskab om

1) hvilken fremgangsmåde, der efter det for selskabet oplyste i dag følges af røntgenlæger ved røntgenundersøgelse af hvirvelsøjlen, og om
2) hvorvidt der tidligere måtte have været anvendt en anden fremgangsmåde.

Spørgsmålene kan besvares som følger:

ad 1)

Fremgangsmåden eller teknikken ved røntgenundersøgelse af hvirvelsøjlen er og skal være - som ved røntgenundersøgelse i øvrigt af et hvilket som helst organ - afpasset efter arten af de informationer, man stiler efter at opnå ved undersøgelsen, og kan derfor variere alt efter, hvilke ønsker man primært har i så henseende. Er det f.eks. strukturen af de enkelte hvirvler og eventuelle ændringer her det særligt gælder - ændringer der kan være forårsaget af betændelsestilstande, svulstlidelser, brud eller stofskiftesygdomme - bliver undersøgelsen sædvanligvis foretaget i forskellige projektioner (forfra, fra siden, skråt) med patienten i liggende stilling, evt. suppleret med en særlig undersøgelsesteknik (tomografi), der tillader en vurdering af knoglestrukturen i bestemte lag af knoglen. I de fleste røntgenafdelinger undersøges dog almindeligvis halshvirvelsøjlen med patienten i siddende stilling, og i flere røntgenafdelinger er en undersøgelse i stående stilling den almindeligst benyttede ved undersøgelse af hvirvelsøjlens nedre afsnit.

Ønskes derimod først og fremmest en røntgenologisk vurdering af hvirvelsøjlens bevægelighed i de forskellige afsnit må fremgangsmåden ved røntgenundersøgelsen tilpasses her-

til, således at man får flest muligt oplysninger om den indbyrdes forskydelighed af hvirvlerne - den såkaldte funktionsundersøgelse. Herved kan man som f.eks. vist i en dansk disputats fra de senere år (M. Schalimtzek: den røntgenologiske funktionsundersøgelse af columna lumbalis. En vurdering af den statisk-dynamiske undersøgelsesmetodes betydning for den røntgenologiske påvisning af degeneratio disci intervertebralis lumbalis. Universitetsforlaget i Aarhus 1958) få visse oplysninger om båndskivernes tilstand. Skønnet over hvilken undersøgelsesteknik, der skal benyttes i et givet tilfælde, foretages af de læger, der er tilknyttet røntgenafdelingen.

ad 2)

Teknikken ved røntgenundersøgelse i al almindelighed og også for så vidt angår hvirvelsøjlen i særdeleshed, undergår til stadighed ændringer og forbedringer. Medens man tidligere vel nok i særlig grad fæstnede sig ved de strukturelle forandringer i hvirvlerne ved forskellige sygdomme, har man i de senere år desuden i stigende grad interesseret sig for undersøgelser, der kan give oplysninger om hvirvelsøjlens funktion, og har følgelig tilpasset sin røntgenologiske undersøgelsesteknik herefter, jvnf. f.eks. den ovenfor nævnte danske disputats. Det kan også i denne forbindelse nævnes - for at belyse den udvikling, som faget er inde i - at man i de senere år ved den såkaldte røntgenkinematografi (efter ganske samme princip som ved optagelse af almindelige kinofilm) har fået en undersøgelsesteknik i hænde, som måske i særlig grad kan forventes at bidrage til udredning af forskellige forhold vedrørende hvirvelsøjlens bevægelighed under normale og sygelige tilstande.

Olaf Petersen

ÅRHUS KOMMUNEHOSPITALS
RØNTGEN- OG LYSKLINIK
RADIUMSTATIONEN FOR JYLLAND
PROFESSOREN

Århus C, den 13. april 1965.

Det af indenrigsministeriet
nedsatte kiropraktorudvalg,
Adr.: Indenrigsministeriet.

I skrivelse af 9. april 1965 har udvalget anmodet om en udtalelse om, hvorvidt der ved undervisningen af de medicinske studenter anbefales en bestemt fremgangsmåde for røntgenundersøgelse af hvirvelsøjlen, herunder om hvorvidt man tidligere måtte have tilrådet en anden fremgangsmåde.

Som professor i radioterapi giver jeg ikke selv undervisning af de medicinske studenter i røntgenundersøgelse. Jeg har derfor forespurgt overlæge E. Mosekilde, der er lektor i medicinsk radiologi, og overlæge E. Ratjen, der er undervisningsassistent i medicinsk radiologi, og som begge giver undervisning af de medicinske studenter i røntgenundersøgelse.

Overlæge Mosekilde og overlæge Ratjen anfører, at den af læger udførte røntgenundersøgelse her i landet foretages af radiologer og ikke af praktiserende læger. De medicinske studenter bliver derfor ikke undervist i røntgenteknik, og der gives til de medicinske studenter ingen retningslinjer for røntgenundersøgelse af hvirvelsøjlen.

Som led i undervisningen af de læger, der vil specialisere sig i røntgendiagnostik, afholder Dansk radiologisk Selskab et kursus i røntgendiagnostikens basisfag, og dette kursus afholdes dels i København, dels i Aarhus. Ved kursus i Aarhus underviser både overlæge Mosekilde og overlæge Ratjen. Ved dette kursus gennemgås teknikken ved røntgenundersøgelse, herunder også røntgenundersøgelse af hvirvelsøjlen. Ved denne røntgenundersøgelse som ved andre røntgenundersøgelser er teknikken ved undersøgelsen afhængig af formålet med denne. Der gennemgås undersøgelse af hvirvelsøjlen i liggende stilling og gennemgås, når der er indikation for røntgenundersøgelse af hvirvelsøjlen i siddende eller stående stilling og eventuelt suppleret med funktionsundersøgelser, ligesom teknikken ved disse undersøgelser gennemgås.

Sigvard Kaae.
Professor ved Aarhus Universitet, dr. med.
Radiumstationen, Aarhus.

RIGSHOSPITALET
RADIOLOGISK AFDELING
C. 902 - Lokal 415-465
Professoren

København 0, den 23. april 1965.
Blegdamsvej.

Det af Indenrigsministeriet
nedsatte kiropraktorudvalg,
Adr.: Indenrigsministeriet.

I skrivelse af 9. april 1965 har udvalget anmodet om en udtalelse om, hvorvidt der ved undervisningen af de medicinske studenter anbefales en bestemt fremgangsmåde for røntgenundersøgelse af hvirvelsøjlen, herunder hvorvidt man tidligere måtte have tilrådet en anden fremgangsmåde.

Som svar herpå skal jeg tillade mig at meddele:

Undervisningen i røntgendiagnostik af de medicinske studenter omfatter to perioder.

I den første, den prækliniske periode, undervises i normal røntgenanatomi under undervisning i normalanatomien ved lektor, overlæge H. H. Jacobsen. Lektor Jacobsen har oplyst, at han har omtalt for studenterne, at man ved den særlige undersøgelse, den såkaldte funktionsundersøgelse, der omfatter røntgenfotografering af patienten siddende med side- og forfra-bagud bøjninger kan få oplysninger om rygsøjlens funktion.

I den anden, den kliniske periode, tilstræbes ved undervisningen en orientering om røntgenundersøgelsernes metoder og formål, men den afsatte tid tillader ikke en detaljeret gennemgang af undersøgelsesteknik, hvorfor problemer som de ovenfor anførte slet ikke kommer på tale.

Til slut skal jeg anføre, at røntgenundersøgelse af rygsøjlen som regel foretages af den liggende patient, for det første på grund af, at det er mest praktisk af hensyn til undersøgelsesapparaturet, for det andet er man i mange tilfælde mest interesseret i at få oplysning om visse morfologiske forandringer, som f.eks. tilstedeværelsen af knoglebrud, betændelsesforandringer, svulster, gigtforandringer og lignende. Det skal dog nævnes, at halshvirvelsøjlen som regel undersøges med patienten siddende. Desuden skal der gøres opmærksom på, at man forskellige steder, hvor man er interesseret i særlige holdningsdeformiteter, fotograferer patienten som regel stående eller siddende. Ikke sjældent foretages en sådan funktionsundersøgelse, hvor man optager røntgenfilm af den siddende patient med sidebøjning og for- og bagudbøjning for at bedømme båndskivernes funktion.

Med venlig hilsen,

Gregers Thomsen,
professor, dr. med.

BILAG VI, C.

Kiropraktorernes forslag.

1. Autorisationsordning.

Retten til selvstændigt at tage syge i kur er principielt fri her i landet. Dette fremgår forudsætningsvis af lægelovens kapitel VI, der dog i §§ 24 og 25 fastsætter visse begrænsninger.

Kiropraktorerne har haft og har stadig denne ret.

Det foreslås, at kiropraktorvirksomhed reguleres ved lov, således at det offentlige kan meddele kiropraktorer autorisation til på egen hånd at tage syge i kur med de i lægeloven indeholdte og en række yderligere begrænsninger.

Kiropraktorvirksomhed skal omfatte undersøgelse af patienter og behandling af funktionsforstyrrelser og smertetilstande, som er betinget af abnorme fysiologiske forhold i hvirvelsøjlens og bækkenets bevægelsesapparat.

Det kiropraktiske sygdomsområde begrænses således til fysiologiske forstyrrelser i og omkring hvirvelsøjlen og bækkenet og til sådanne smertetilstande og funktionsmæssige forstyrrelser i andre væv eller organer, der er for-

årsaget af nervemæssig irritation ved hvirvelsøjlen som følge af de nævnte unormale forhold. Uden for det kiropraktiske sygdomsområde falder sygelige vævsforandringer, der skyldes lang tids funktionsændring eller andre sygdomsfaktorer og sygdomme, som er af medfødt karakter.

Undersøgelse skal omfatte de diagnostiske forholdsregler af klinisk, neurologisk, kiropraktisk, røntgenologisk og laboratoriemæssig art, der er nødvendige for behandlingen.

Behandling skal bestå i manuel korrektion og mobilisation af de nævnte strukturer med det formål at genoprette normal funktion.

Som støtte for behandlingen - i visse tilfælde som selvstændig behandlingsform - skal kiropraktorer kunne anvende manipulationsbehandling af ekstremitetsled. Som supplement til den egentlige kiropraktiske behandling skal en kiropraktor kunne foreskrive hæl- og sålforhøjelser, gymnastiske øvelser og lettere støttebandager, ligesom der skal kunne gives vejledning vedrørende patientens holdning, hvile- og arbejdsstillinger m.v.

En kiropraktor skal derimod ikke være berettiget til at anvende receptpligtig medicin, iværksætte delvis eller hel bedøvelse, foretage kirurgiske indgreb, yde fødselshjælp eller udøve tandlægevirksomhed eller til at udstede dødsattester.

Kiropraktorbehandling skal ikke være tilladt, når der skønnes at være fare for at forvolde skade.

Kiropraktorbehandling skal ej heller være tilladt for tuberkulose eller anden smitsom sygdom, infektionssygdomme, veneriske sygdomme, parasitære sygdomme, svulster, forgiftninger, sukkersyge, perniciøs anæmi, hjerneblødning, blodprop, åndssvaghed og sindssygdom.

Som betingelse for autorisation bør fremtidig kræves, at vedkommende har bestået afgangseksamen fra en af undervisningsministeriet i samråd med Dansk Kiropraktor-Råd godkendt kiropraktisk læreanstalt samt det pågældende lands kiropraktiske stats- eller provinseksamen (eksempelvis i USA den såkaldte National Board Examination), at han har arbejdet et år som assistent hos en autoriseret kiropraktor, og at han har bestået dansk tillægseksamen for en af undervisningsministeriet i samråd med Dansk Kiropraktor-Forening nedsat eksamenskommission.

Autorisationer, som før den offentlige autorisations gennemførelse er meddelt af Dansk Kiropraktor-Råd, bør sidestilles med offentlige autorisationer.

2. Sygekassestøtte til kiropraktorbehandling.

Kiropraktorerne i udvalget kan henvise til, at sygeforsikringsloven, bekendtgørelse nr. 403 af 23. oktober 1967 af lov om den offentlige sygeforsikring, § 65, stk. 3, nr. 2, hvorefter fortsættelsessygekasser kun kan yde sygehjælp og begravelseshjælp, indeholder hjemmel til den af fortsættelsessygekasserne trufne beslutning om at yde støtte til medlemmernes udgifter til kiropraktorbehandling, uden at lægeordination er påkrævet. Da socialministeriet i skrivelse af 28. juni 1968 har givet udtryk for denne opfattelse, må sygehjælp i sygeforsikringslovens forstand omfatte kiropraktorbehandling, og anerkendte sygekasser må have tilsvarende ret som fortsættelsessygekasserne.

Lægelovens § 14, stk. 2, er ikke til hinder for, at fortsættelsessygekasser og sygekasser yder støtte uden lægehenvisning, jfr. det i kapitel IV, 2. anførte, idet denne bestemmelse alene omhandler den tøge-virksomhed, som udkræves i henhold til forsikrings- og forsørgelseslovene, medens anden selvstændig behandlingsvirksomhed — altså også kiropraktorvirksomhed - falder uden for denne bestemmelses rammer.

Mindretallet foreslår derfor, at der meddeles alle sygekasser ret til at yde støtte til kiropraktorbehandling, uden at der kræves henvisning fra læge.

BILAG VI, D.

Nordisk Forening for Manuel Medicin.

Fra bestyrelsen for den danske sektion af Nordisk Forening for Manuel Medicin har udvalget modtaget følgende oplysninger om foreningens virksomhed:

Foreningen omfatter en dansk, en norsk og en svensk sektion, medens finske læger er associeret den svenske sektion. Den danske sektion havde pr. 1. december 1967 130 medlemmer.

Foreningens formål er at fremme udviklingen af den manuelle medicin. Formålet søges opnået ved gennem afholdelse af kurser med demonstrationer og øvelser at uddanne interesserede læger, der kan optages som medlemmer. Endvidere søger man at fremme forskning inden for området.

Kurserne er tilrettelagt således, at der med udgangspunkt i lægers uddannelse sker en gradvis øgning af de specielle kundskaber og færdigheder. Der afholdes ikke eksamen, men det tilrådes at gennemgå de enkelte kurser flere gange, hvilket mange også gør.

Undervisningen i manuel medicin (herunder i manipulation) omfatter følgende kurser å 5-6 dage, der gennemgås i den nævnte rækkefølge:

D. Generel og specifik undersøgelse af hvirvelsøjlen, repetition af anatomi og fysiologi, filmdemonstrationer og litteraturgennemgang.
A. Funktionsundersøgelse, palpation, præ- og postmanipulative procedurer, bløddelsteknik, mobilisering, traktion (strækbehandling) samt en del uspecifikke greb.
B. Specifikke greb.
C. Specifikke greb, de mere avancerede og vanskelige greb, røntgenteknik og diagnostik.
F. Fortsættelseskurser.
E. Ekstremitetsledsfrigøring.

Uddannelsen er fælles-skandinavisk, og det deltagerbevis, der udleveres efter det pågældende kursus' afslutning, er gældende i de nordiske lande. C-kurset afholdes indtil videre i Vesttyskland. Foruden kursusvirksomheden tilrettelægger foreningen foredrag, eventuelt med film og demonstration af manipulationsteknik.

Det er endelig oplyst, at foreningen også lader afholde kurser for terapiassistenter i de områder, der grænser op til manuel medicin. Terapiassistenter undervises dog ikke i manipulation af hvirvelsøjlen, men alene i frigøring af ekstremitetsled, diagnostik i tilknytning til hvirvelsøjlen og frigøring eller mobilisation af hvirvelsøjlen.

BILAG VI, E.

Lovbestemmelser om kiropraktik i kanton Neuchâtel, Schweiz.

Ved en ændring af forbundssyge- og ulykkesforsikringsloven (Bundesgesetz iiber die Kranken- und Unfallversicherung) blev det i 1965 bestemt, at sygeforsikringen fremtidig dækker udgifter til behandling ved kiropraktor, såfremt kiropraktoren er i besiddelse af et af den enkelte kanton udstedt, af forbundsrådet godkendt, autorisationsbevis. Udgifter til kiropraktorhjælp dækkes under den angivne forudsætning på samme måde som udgifter til lajgehjælp, og det er således ikke fornødent, at der foreligger henvisning fra en læge til kiropraktisk behandling.

Da kiropraktorer i kanton Neuchâtel hidtil havde været betragtet som medicinsk hjælpepersonale, nedsattes i 1966 et udvalg med den opgave at fremkomme med forslag til ændring af kantonens lovgivning (loi sur l'exercice des professions medicales) fra 1952, med henblik på at tilpasse denne til de nye forbundssygeforsikringsregler. Såvel læger som jurister var repræsenteret i udvalget, og i arbejdet i et underudvalg deltog 3 kiropraktorer.

Resultatet af udvalgets overvejelser blev et forslag til lovændring, hvorved kiropraktorer anerkendes som en selvstændigt praktiserende profession mellem på den ene side læger og på den anden side medicinsk hjælpepersonale. Kiropraktorer foresloges dog kun tillagt en begrænset kompetence, såvel for så vidt angår diagnosticering som behandling. Lovforslaget blev senere vedtaget som lov af 11. december 1967 og fremtrådte i formen som en ændring af ovennævnte lov fra 1952 ved en tilføjelse til afsnit I:

Artikel 7.

Udøvelse af virksomhed som kiropraktor er forbeholdt personer, der er autoriseret af Conseil d'Etat.

Denne autorisation gives på følgende betingelser:

1. Kandidaten skal være schweizisk statsborger.
2. Han skal være bosat i kantonen.
3. Han skal være i besiddelse af et dueligheds-bevis udstedt af indenrigsministeriet.

Duelighedsbeviset udstedes til enhver, som har den forudgående skoleuddannelse og faglige uddannelse, som er fastsat i forbundsbestemmelseme vedrørende anerkendelse af kantonale duelighedsbeviser som grundlag for virksomhed for den offentlige sygeforsikring[1]), og som har bestået en af indenrigsministeriet afholdt eksamen.

Kiropraktorer, som opfylder de i nærværende paragraf fastsatte betingelser, og som har praktiseret mindst fem år i en anden kanton, hvor deres virksomhed er reguleret på tilsvarende måde som i kantonen Neuchâtel, kan af indenrigsministeriet fritages for eksamen.

Artikel 7, stk. 2.

Eksamen finder sted for en kommission sammensat af to læger, to kiropraktorer og en formand udnævnt af indenrigsministeriet.

Fagene og eksamensbetingelserne skal svare til kravene i forbundslovgivningen[2]) og fastsættes af Conseil d'Etat efter indstilling fra eksamenskommissionen.

Artikel 7, stk. 3.

Kiropraktorer autoriseres til at diagnostisere sådanne smertetilstande eller funktionsforstyrrelser, som er betinget af statiske eller sygelige svækkelser af hvirvelsøjlen eller bækkenet og til med henblik herpå at benytte følgende undersøgelsesmetoder:

a) klinisk undersøgelse af patienten,
b) røntgenundersøgelse inden for de af forbundslovgivningen fastsatte grænser,
c) følgende urin- og blodanalyser:

1. Analyser, som kiropraktoren selv kan foretage:
   Urin: kemisk kvalitativ analyse, mikroskopisk undersøgelse af urinbundfald.
   Blod: sænkningshastighed, blodformel.
2. Analyser, som kiropraktoren skal lade udføre af et speciallaboratorium:
   Urin: kalcium.
   Blod: kalcium, elektroforese, undersøgelse af reumatoide faktorer, fosfor, fosfatase.

Hvis andre undersøgelsesformer er indicerede, skal kiropraktoren henvise patienten til en læge.

Artikel 7, stk. 4.

Kiropraktorer autoriseres til ved manuel behandling af hvirvelsøjlen eller bækkenet at behandle de i artikel 7, stk. 3, første afsnit nævnte unormale tilstande.

De må kun benytte massage og fysioterapi som supplement til manipulationsbehandlingen.

Artikel 7, stk. 5.

Det er forbudt kiropraktorer at foretage alle andre lægelige, kirurgiske, gynækologiske eller obstetriske indgreb såvel som at ordinere eller udlevere lægemidler og at behandle smitsomme sygdomme.

Endvidere indeholder lovændringen en bestemmelse om, at kiropraktorer, som ved lovens ikrafttræden har autorisation til at praktisere i kantonen, bevarer denne ret og kan udøve virksomhed for sygeforsikringen.

I bemærkningerne til lovforslaget hedder det om artikel 7, stk. 3, at det her udtrykkeligt opregnes, hvad der er tilladt (som et led i diagnosticering), og at alle andre undersøgelsesformer er forbudt. Hvis de anførte undersøgelsesmetoder ikke med sikkerhed muliggør at konkludere, d.v.s. stille en diagnose, skal en læge rådspørges. Med andre ord, der foreligger to muligheder: Hvis anvendelsen af de opregnede metoder gør det muligt at diagnosticere en unormalitet i hvirvelsøjlen, kan kiropraktoren frit anvende sin behandling; hvis derimod anvendelsen af de anførte undersøgelsesmetoder sandsynliggør, at der foreligger kontraindikation, må kiropraktoren ikke selv afgøre, om en sådan forefindes eller ikke, men skal henvise patienten til en læge.

I artikel 7, stk. 4, der vedrører behandling, opregnes ligeledes udtrykkeligt de tilladte behandlingsformer.

Endelig udelukker artikel 7, stk. 5, der vedrører såvel undersøgelse som behandling, anvendelsen af alle andre undersøgelses- og behandlingsmetoder end de i stk. 3 og 4 nævnte.

[1]) Verordnung IV iiber die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung kantonaler **Befähigungsausweise** der Chiropraktoren fur die Krankenversicherung, (15. januar 1965).

[2]) Jfr. note 1.