

Lagstiftningen om alternativmedicin

Emil Nordin redogör för den svenska lagstiftningen om alternativmedicin och diskuterar utrymmet för reformer.

HUR REGLERAS EGENTLIGEN alternativmedicinska behandlingar? Det typiska juridiska svaret är "det beror på omständigheterna". Med risk för att uppfylla en del fördomar om jurister, är det faktiskt precis så det är. Denna text försöker bringa någon sorts klarhet kring regleringen av alternativmedicinska behandlingar samt ge exempel på hur man kan, i någon mån, juridiskt argumentera för att ändra på regleringen.

Anledningen till det inledande ovissa svaret är att alternativmedicinska behandlingar regleras olika beroende på vem behandlaren är.¹ Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal måste enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL) hålla sig till "vetenskap och



*Alexander Beydeman – en bild av homeopatin
som alternativ till en brutal läkekonst.*

beprövad erfarenhet”, vilket begränsar vilka behandlingsmetoder de får använda. Personer som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonal, dvs. lekmän, har ingen skyldighet att använda vetenskap och beprövad erfarenhet om de ger sig in på sjukvårdens område. Däremot begränsas deras verksamhet av bestämmelser i 5 kap. 1 § PSL, det som tidigare kallades Kvacksalverilagen. Eftersom regleringen skiljer sig åt så pass mycket, har jag valt att behandla respektive område i olika avsnitt.

HUR DET HAR VARIT

Hälso- och sjukvårdspersonal

Som jurist är jag inte särskilt lämpad att ge en historisk beskrivning över läkekonsten eller att fastställa när den medicinska vetenskapen föddes. Helt kort kanske man kan säga att den medicinska vetenskapens födelse inträffade antingen under antiken, när Hippokrates verkade,

eller långt senare på 1600-1700-talet, när medicinen blev mer av en vetenskap såsom vi känner den idag.

Uppkomsten av reglering kring läkekonsten är dock yngre än antiken, åtminstone för svenskt vidkommande. År 1663 bildades Collegium Medicorum, en sammanslutning av läkare som tilldelades särskilda privilegier framför andra medicinska utövare. Seklerna som följde innebar att regleringen utvidgades och år 1890 kom den första allmänna läkarinstruktionen, som introducerade begreppet "vetenskap och beprövad erfarenhet" i offentliga sammanhang. Från början gällde kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet endast läkare, men numera gäller det all hälso- och sjukvårdspersonal. Förutom detta, och vissa språkliga moderniseringar, är formuleringen idag i allt väsentligt densamma som stadgandet från år 1890. Stadgandet i 6 kap 1 § PSL lyder helt kort:

"Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet."

Lekmän

Som nämnts kom den första egentliga regleringen av läkare på 1600-talet. Innan dess är det alltså svårt att dra någon egentlig skiljelinje mellan läkare och lekmän. De metoder som även senare användes inom både läkarskrået och av övriga bestod också framför allt av traditionell medicin eller så kallad folkmedicin. Ute i byarna utövades ofta folkmedicinen av "kloka gubbar och gummor", som behandlade sjuka med metoder från folketro och vidskepelse.

I och med regleringen på 1600-talet fick läkare i prin-

cip en formell ensamrätt på det medicinska området, vilket inte hindrade folkmedicinens utövande. Detta ändrades i och med 1915 års behörighetslag, vilken innebar att lekmän fick rätt att behandla sjuka, om än med vissa begränsningar. Behörighetslagen möttes med mycket kritik från läkarhåll, och röster höjdes för att återfå den tidigare ordningen. År 1960 delades behörighetslagen upp i två olika lagar, varav den ena reglerade läkares behörighet och den andra, den s.k. kvacksalverilagen, stadgade om förbud mot viss verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. I och med detta lagstiftningsärende blev läkartiteln skyddad och en tydligare gräns drogs mellan de två områdena. Denna uppdelning är i allt väsentligt den reglering vi har idag, även om nya lagar har kommit och gått och bestämmelserna flyttats runt i olika lagar och stadganden.

HUR DET ÄR

Hälso- och sjukvårdspersonal

På annat håll har jag åtminstone försökt ge lite fasta ramar kring vad som faktiskt menas med "vetenskap och beprövad erfarenhet".² Den intresserade hänvisas dit för en grundligare bakgrund. Diskussionen skulle kunna sammanfattas med att det är oklart vad begreppet innebär, och det är meningen att det ska vara på det sättet, eftersom vad som är vetenskap och beprövad erfa-

1890 kom den första allmänna läkarinstruktionen, som introducerade begreppet "vetenskap och beprövad erfarenhet".

renhet ständigt ändras. Ytterst är det domstolarna, och i synnerhet Högsta domstolen (HD) och Högsta förvaltningsdomstolen (HFD), som avgör vad som innefattas i begreppet.

Vad som är intressantare i detta sammanhang är vilka sanktioner som kan följa om någon bryter mot vetenskap och beprövad erfarenhet. Tillsynsmyndigheten på området är Inspektionen för vård och omsorg (IVO), som har vissa befogenheter, t.ex. att uppmärksamma arbetsgivaren på situationen. Framförallt kan IVO också besluta om att anmäla personen till HSAN (Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd) om det finns skäl för prövotid eller återkallande av legitimationen.

Innan de nuvarande sanktionerna presenteras närmare, kan det vara lämpligt att ge en bild av hur det sett ut tidigare, eftersom sanktionssystemet ändrats relativt nyligen (2011). Tidigare fanns det en möjlighet för HSAN att ålägga disciplinpåföljder, såsom varning eller erinran. Disciplinpåföljderna kunde användas då någon uppsåtligt eller av oaktsamhet bröt mot bl.a. vetenskap och beprövad erfarenhet. I och med att disciplinpåföljderna avskaffats, har den lägre gränsen för vilket beteende som kan sanktioneras höjts, eftersom kraven för prövotid och återkallande av legitimationen är högre ställda.

För prövotid krävs, såvitt här är av intresse, att någon har varit oskicklig i sin yrkesutövning och detta kan befaras få betydelse för patientsäkerheten eller att någon har, uppsåtligt eller av oaktsamhet, brutit mot någon föreskrift som är av väsentlig betydelse för patientsäkerheten. Lydelsen är snarlik det som gällde för disciplinpåföljder, särskilt det andra fallet, men nu för tiden krävs det att

oskickligheten eller regelöverträdelsen har betydelse för patientsäkerheten. Innan PSL trädde i kraft lades inte samma vikt vid patientsäkerheten, åtminstone inte formellt.³ Kraven för återkallande av legitimation är snarlika, men för detta krävs att man ska ha varit grovt oskicklig.

Från senare tid finns det tre fall från HFD som behandlar hälso- och sjukvårdspersonals utövande av alternativmedicin.

- Det första (RÅ 1998 ref. 41 I) handlade om en sjukgymnast som helt slutat med sjukgymnastiken och i stället börjat utöva reflexologi och healing. Hon hade dock fortfarande kvar sin legitimation. Socialstyrelsen yrkade på disciplinpåföljd, varning, vilket HFD också utdömde.
- Det andra fallet (RÅ 1998 ref. 41 II) handlade om en sjuksköterska som helt slutat som sjuksköterska och istället börjat utöva zonterapi, akupunktur och naturterapi. Socialstyrelsen yrkade på återkallande av legitimationen, vilket HFD inte utdömde.

Från tidigare gällande rätt, då disciplinpåföljderna fortfarande var ett alternativ, kan man alltså dra den lite hastiga slutsatsen att om man ger alternativmedicinska behandlingar då man inte ger någon skolmedicinsk behandling, kan disciplinpåföljd utdömas, men inte mer ingripande sanktioner än så. Vad som gällde om någon fortfarande är verksam inom skolmedicinen, men ger alternativmedicin som ett komplement, var dock fortfarande oklart. Vissa bedömare ansåg att det var acceptabelt, så länge det inte skedde i större skala och regelbundet.

Så kom då det tredje fallet, det väldigt uppmärksammade HFD 2011 ref. 70. Inför HFD var frågan om en läkare skulle ådömas prøvotid för att under flera års tid ha behandlat patienter med homeopati jämte konventionell behandling. PSL var egentligen inte tillämplig lag i fallet, men HFD hänvisade uttryckligen till förarbetena till den nyss ikraftträdde lagen och lade stor vikt vid huruvida patientsäkerheten äventyrats.⁴ HFD uttalade att det ankom på Socialstyrelsen att påvisa att läkarens behandling inneburit en fara för patientsäkerheten. Eftersom läkaren ordinerat skolmedicin samtidigt som homeopati, hade någon konkret fara inte uppstått. HFD underkände Socialstyrelsens invändning om att ordinerandet av homeopati kunnat innebära att patienterna gått miste om skolmedicinsk behandling, då de kunnat tro att homeopatin var tillräcklig. Läkarens prøvotid upphävdes.

Fallet från 2011 kan analyseras utifrån en rad olika aspekter. Det är möjligt att utgången i fallet till stor del berodde på den ändrade påföljdslagstiftningen, men bristen på tydlig tidigare praxis gör det vanskligt att dra några säkra slutsatser. Utifrån tidigare utgångspunkter och de tre fallen som presenterats här, kan ändå följande preliminära slutsatser dras av rättsläget kring hälso- och sjukvårdspersonals utövande av alternativmedicin:

- Alternativbehandlingen måste föregås av eller ges parallellt med konventionell terapi för att inte vara lagstridig. Alternativbehandlingen får således inte vara ett förstahandsval.
- Den alternativa behandlingen får inte vara skadlig eller farlig för patienten.

- Hälso- och sjukvårdspersonal har alltid rätt att vägra medverka till alternativmedicinsk behandling.
- Den alternativmedicinska verksamhetens omfattning spelar endast roll som ursäktande eller förmildrande omständighet.
- Det finns vissa undantagssituationer där det är tillåtet att ordinera alternativmedicin på grund av humanitära skäl. Vilka dessa situationer är verkar dock vara väldigt oklart.
- För att den alternativmedicinska behandlingen ska vara otillåten måste det ha uppkommit konkret fara för patientsäkerheten.

Lekmän

Det finns inga krav på lekmän att de måste hålla sig till vetenskap och beprövad erfarenhet. Överhuvudtaget finns det få egentliga kvalitetskrav på behandlingen som ges av lekmän.⁵ Bestämmelserna bl.a. i PSL 5 kap. 1 § som reglerar lekmäns verksamhet på det medicinska området riktar istället in sig på att förbjuda lekmän från att behandla vissa sjukdomstillstånd eller vissa persongrupper. En första kvalifikation för att bestämmelserna ska kunna tillämpas är dock att den alternativmedicinska verksamheten ska bedrivas ”yrkesmässigt”, dvs. det måste finnas någon sorts ekonomiskt utbyte. Ideell vårdande verksamhet, t.ex. av släktingar och nära vänner, undantas från förbudsbestämmelserna. Det är antingen undersökning med/av något, behandling med/av något eller både behandling och undersökning som är förbjudet.

Lekmän får inte behandla sjukdomar som omfattas av anmälningsplikt enligt smittskyddslagen. Exempel på det-

ta är HIV eller fågelinfluensa. Det är endast behandling av smittsamma sjukdomar som är förbjudet, inte undersökning. Utöver de smittsamma sjukdomarna finns dock en uppräknad av vissa särskilda sjukdomar eller sjukdomstillstånd som är förbjudna för lekman att behandla. Det är dels cancer, diabetes och epilepsi, dels sjukdomstillstånd i samband med graviditet. Det gemensamma för de uppräknade tillstånden är att de är (relativt) lätta för en lekman att diagnosticera. Tanken är att det ska vara praktiskt möjligt för en lekman att undgå ansvar, dvs. det ska vara svårt att behandla en förbjuden sjukdom utan vetskap om att det är just en sådan sjukdom och därmed bli ådömd straff. Det är endast behandling av de uppräknade sjukdomarna som är förbjuden, inte undersökning.

Vissa metoder är också förbjudna. Det rör sig om allmän bedövning, lokal bedövning genom injektion, hypnos (något förvånande kanske) och radiologiska metoder. Det är förbjudet att behandla någon med radiologiska metoder, de övriga metoderna är det förbjudet att både behandla och undersöka någon med.

En speciell förbudspunkt är förbudet mot s.k. brevkvacksalveri, något som var ett stort problem vid bestämmelsens tillkomst på 1960-talet. Brevkvacksalveri gick ut på att man annonserade om att folk kunde skicka brev med beskrivning av sina besvär, varpå den hjälpsökande mot ersättning fick svar om lämplig behandling. Att brevkvacksalveriet ansågs vara en viktig fråga vid kvacksalverilagens tillkomst illustreras med följande förarbetsuttalande: "[e]n sådan avart av kvacksalveri tjänar såvitt vi kunna bedöma knappast annat syfte än att bereda en samvetslös kvacksalvare ekonomisk vinning". Att ge medicinska råd



Det är inte tillåtet att erbjuda handpåläggning som behandlingsmetod till barn under åtta år.

utan föregående (fysisk) undersökning är således förbjudet. Rådgivning i samband med försäljning av preparat är dock tillåten, om inte rådgivningen sker mot särskild ersättning.

Lekmän får inte undersöka eller behandla barn under åtta år, oavsett vilken sjukdom eller vilket besvär barnet har. Notera särskilt att det råder både ett undersökningsförbud och ett behandlingsförbud. Anledningen till åldersgränsen är enligt förarbetena till kvacksalverilagen att de risker som gör sig gällande då vuxna behandlas med alternativmedicin framträder med än större tydlighet då det handlar om barn. Detta dels då barn inte helt självständigt kan avbryta behandlingen, utan är utlämnade till

föräldrarnas bedömning av behandlingens effekt, dels att skador som barn råkar ut för är särskilt tragiska då de kan leda till livslånga handikapp. Anledningen till att gränsen sattes vid åtta år är att då barnet börjar skolan kommer det under regelbunden läkarkontroll. I den åldern är också barnet moget nog för att själv redogöra för symptom och behandlingens effekt.

Slutligen finns ett förbud mot att prova ut kontaktlinser. Försäljning av kontaktlinser är dock fortfarande tillåtet.

Vilka sanktioner och vilken tillsyn finns det då, om någon skulle bryta mot förbudsbestämmelserna i PSL 5 kap. 1 §? Frågan om tillsyn är den lättaste att besvara: det finns ingen tillsynsmyndighet, så tillsynen på området är obefintlig. Sanktioner går dock att finna i PSL 10 kap. 6–7 §§. PSL 10 kap. 6 § är utformad som ett straffbud och kan ge böter eller fängelse i sex månader om en av tre alternativa förutsättningar är uppfyllda.

- Den första förutsättningen är om någon som bedriver yrkesmässig verksamhet utan att tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen bryter mot begränsningarna som ställts upp i 5 kap. 1 §, dvs förbudsbestämmelserna som jag just behandlat här ovan.
- Den andra och tredje förutsättningen innebär att den som bedriver yrkesmässig verksamhet på hälso- och sjukvårdens område utan att tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen riskerar straffansvar även utan att man överskridit begränsningarna i 5 kap. 1 §. Om den alternativmedicinska utövaren vid behandling eller undersökning a) tillfogar den hjälpsökande skada som

ej är ringa eller b) framkallar fara för sådan skada, ska påföljd utdömas. Både skada eller fara till följd av olämplig behandling och till följd av att läkarvård har avbrutits eller försenats är straffbelagt. Den alternativmedicinska utövarens bristande insikt på grund av att han eller hon har otillräcklig utbildning eller erfarenhet är inte ansvarsbefriande. Ger man sig in på hälso- och sjukvårdens område ansvarar man således själv för att man har de kunskaper som krävs för att undkomma straffansvar.

En ytterligare sanktion är IVO:s möjligheter att utfärda förbud och vite enligt PSL 10 kap. 8 §. Om en lekman gjort sig skyldig till ett sådant brott som jag beskrivit här ovan, kan IVO besluta om förbud för den alternativmedicinske utövaren att bedriva sådan verksamhet som avses i 5 kap. 1 §, dvs. behandla eller undersöka hjälpsökandes sjukdomar eller liknande. Förbudet kan därtill förenas med vite.

HUR DET SKULLE KUNNA VARA

Hälso- och sjukvårdspersonal

Att ge förslag på reformer på området för hälso- och sjukvårdspersonal är inte lika lätt som man kanske kan tro (åtminstone inte för mig). Anser man att en läkare som regelbundet ordinerar homeopati bör drabbas av någon sorts påföljd (vilket jag gör), är det viktigt att först ha klart för sig varför det är som det är. Min teori om att det handlar om ändrad påföljdslagstiftning och ökat fokus på patientsäkerhet har jag presenterat tidigare i texten, men det är inte säkert att min tolkning är rätt.

På annat håll har jag föreslagit att man bör avskaffa det mer än hundra år gamla begreppet ”vetenskap och beprövad erfarenhet” och ersätta det med ”evidensbaserad vård”.⁶ Evidensbaserad vård är ett begrepp som redan används i vården och som, åtminstone enligt min mening, är mer precist än vetenskap och beprövad erfarenhet. Det bör dock tilläggas att en sådan ändring förmodligen inte skulle innebära någon större saklig ändring, men det skulle möjligen kunna bidra positivt, som en symbolfråga. De riktigt intressanta reformbehoven, enligt min mening, finns istället på lekmännens område.

Lekmän

Som jag nämnde i min genomgång av gällande rätt för lekmän, finns det ingen tillsynsmyndighet på området. Det har kommit tre statliga utredningar (1989, 2004 och 2010) med förslag på ökad tillsyn, men dessa har också alla föreslagit en frivillig registrering av alternativmedicinska utövare, som närmast skulle innebära en form av licensiering.⁷ Någon form av registrering är såklart behjälpligt för en tillsynsmyndighet, man vill ju gärna ha någon sorts koll på vilka det är man utövar tillsyn över. Ett registreringsförfarande utan den ”licensieringsrisk” som tidigare föreslagits vore därför att föredra, men hur detta skulle utformas i praktiken är svårt att veta. Det bör framhållas att ett obligatoriskt registreringsförfarande skulle kunna bryta mot svensk grundlag såsom stridande mot näringsfriheten. Enligt Regeringsformen 2 kap. 17 § får begränsningar i näringsfriheten endast göras för att skydda angelägna allmänna intressen. Visserligen är just näringsfriheten en ”svag” rättighet (i jämförelse med t.ex. åsiktsfriheten eller

yttrandefriheten) och hälso- och sjukvården är helt klart ett angeläget allmänt intresse. Näringsfriheten bör dock ändå beaktas för det fall frågan om obligatorisk registrering skulle bli aktuell.

En annan punkt där det finns behov av reform är åttaårsgränsen för behandling av barn. Även för en oinsatt person kan en åttaårsgräns kanske kännas en smula märklig. Varför just åtta år? Finns det några andra samhällsfenomen med just en åttaårsgräns? Anledningen till att man valde åtta år som den lägsta åldern, var att barn då har uppnått tillräcklig mognad för att själv redogöra för symptom och behandlingens effekt samt börjar skolan och kommer i kontinuerlig kontakt med skolhälsovården. Som motargument kan sägas att skolhälsoundersökningar inte behöver genomföras med någon större frekvens. Vad gäller barnets mognad, kan man istället se till närliggande lagstiftning och därmed jämföra med de resonemang som där finns kring åldersgränser.⁸ I socialtjänstlagen finns åldersgränser som grundar sig i när ett barn är tillräckligt moget för att självständigt kunna bedöma konsekvenserna av ett visst beslut. Huvudregeln här synes vara att barnet uppnår en sådan mognad vid 15 års ålder (se t.ex. 3 kap 6 a §). Det är såklart svårt att sätta en generell ålder då barn kan anses ha uppnått en mognad då de självständigt kan bedöma värdet och effekterna av en viss behand-

Även för en oinsatt person kan en åttaårsgräns kanske kännas en smula märklig. Varför just åtta år?

ling. I förarbetena till socialtjänstlagen uttalas följande, som kan tjäna som vägledning: ”barn som fyllt 15 år som regel uppnått en sådan ålder och mognad att deras önskemål bör ha avgörande betydelse vid en avvägning mellan vårdnadshavarens ansvar och rätt att bestämma vad som är bäst för deras barn och barnets bestämmanderätt.”⁹

En jämförelse mellan olika rättsområden låter sig inte alltid göras, men i detta fall anser jag att det finns relevanta beröringspunkter. Åttaårsgränsen i PSL 5 kap. 1 § och de olika 15-årsgränserna i sociallagstiftningen är baserade på vid vilken ålder barn uppnår en sådan mognad att de självständigt kan bedöma konsekvenser av vissa beslut. En höjning av förbudsåldern är således inte omotiverad.

Den kanske i nuläget mest debatterade frågan kring lekmäns utövande av vård och behandling, är om det även borde finnas ett förbud mot behandling av vissa psykiska sjukdomar. I nuläget finns det endast mot vissa somatiska sjukdomar, det är fritt fram för vem som helst att behandla alla sorters psykologiska besvär. Med tanke på att många psykiska sjukdomar, såsom depression, självskadebeteende, anorexi etc., kan vara mycket farliga för den drabbade och dennes omgivning, är detta inte önskvärt. De särskilda somatiska sjukdomar som lekmän inte får behandla enligt PSL 5 kap. 1 § punkt 2 har, som nämnts, det gemensamt att de är farliga för liv och hälsa, men också relativt lätta för lekmän att upptäcka och diagnostisera. Då behandling av psykologiska besvär rimligen innebär någon form av undersökning i samtalsform för att utreda vilka besvär patienten har, borde det vara relativt enkelt för en lekman att upptäcka om personen har allvarliga tvångssyndrom eller så pass grav depression att självmordsrisk föreligger. Enligt

min mening borde det mot bakgrund av ändamålen med regleringen vara lämpligt att åtminstone som inledande åtgärd lägga till en extra punkt i PSL 5 kap. 1 §, med innebörden att det är förbjudet att behandla sådana psykiska besvär som medför att den hjälpsökande personen utgör en uppenbar fara för sig själv eller sin omgivning. Ett motargument skulle kunna vara att det är bättre att någon, låt vara en lekman, hjälper personen ifråga än att ingen gör det. Detta särskilt eftersom det kan ingå en stark ovilja att söka professionell hjälp som en del av psykiatriska besvär. Enligt Psykologförbundet stämmer detta dock inte, utan det kan tvärtom vara så att felaktig rådgivning är farligare än ingen behandling alls.¹⁰

AVSLUTNING

Förhoppningen med denna text var att försöka bringa någon sorts klarhet i hur regleringen på det alternativmedicinska området ser ut. Förhoppningsvis har jag lyckats, men förmodligen har det bara uppstått fler frågor än tidigare. Vad som är viktigt att komma ihåg är att juridik i mångt och mycket är en tolkningsverksamhet, och det är inte hugget i sten att mina tolkningar är de rätta alla gånger. Oavsett vilket hoppas jag att åtminstone någon har funnit det intressant att få ta del av en analys av alternativmedicin utifrån en juridisk synvinkel. ✍

NOTER

1. Märk väl att vi här endast diskuterar själva den alternativmedicinska behandlingen. För en fullständig bild av lagstiftning som kan bli aktuell kan man behöva konsultera marknadsföringslagen, brottsbalken, läkemedelslagen, etc.

2. Se mitt examensarbete *Alternativmedicinens gränser*, Uppsala universitet 2014, s. 7–25.
3. Att vikt numera ska läggas vid patientsäkerheten framgår om inte annat av namnet på patientsäkerhetslagen.
4. Att PSL inte var formellt tillämplig beror på att det inte var gällande lagstiftning då läkaren ordinerade homeopatin.
5. Här bortses återigen från t.ex. marknadsföringsrättslig lagstiftning.
6. Se min uppsats, s. 57–59.
7. Den första utredningen från 1989 blev som av en händelse det året utnämnt till Årets förvillare av Vetenskap och Folkbildning.
8. Det går givetvis utmärkt att argumentera för en annan åldersgräns utifrån etiska, politiska, filosofiska och medicinska argument. Här försöker jag dock hålla mig till juridisk argumentation (argumentation som hänvisar till gällande lagar och bestämmelser).
9. Prop. 2012/13:10 s. 106.
10. Psykologförbundets broschyr ”Håll koll på titlarna!” med hänvisning till amerikansk forskning.

Artikeln bygger till stora delar på författarens examensarbete på juristprogrammet, ”Alternativmedicinens gränser”. Uppsatsen finns tillgänglig för nedladdning på <<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-215423>>.