

# AKUPUNKTUR OCH VETENSKAPLIG UTVÄRDERING

Av Peter Torssell (rektor på Akupunkturakademin)

**Som akupunktör arbetar man i en vardag med patienter där man ofta lyckas hjälpa dem. Skickligheten i vårt yrke liksom i de flesta andra professioner kommer med erfarenhet. Under alla år i detta yrke har jag sett hur det allt oftare rapporteras i media att akupunktur är verksamt vid olika sjukdomar och besvär. På mitt skrivbord ligger ett nummer av *Journal of Chinese Medicine* som rapporterar positiva forskningsrapporter om akupunktur vid tillstånd som allergisk rinit, migrän, ryggbesvär, spänningshuvudvärk, ansiktssmärter, halsbränna, värk vid tandoperation, rökavvänjning, huvudvärk hos barn, illamående vid kemoterapi, smärta vid armfraktur, intervertebrala diskproblem hos hundar, sömnbesvär, värmevallningar efter kemoterapi, stroke och polycystiskt ovariesyndrom. Men plötsligt kan det dyka upp någon expert eller en bok som "Salvekwick och kvacksalveri" som påstår att akupunktur inte är speciellt verksamt. Hur kan det vara en sådan skillnad i uppfattningar?**

För att förstå hur min uppfattning och erfarenhet kan skilja sig så stort från de som påstår att akupunktur troligen inte är verksamt använder jag boken "Salvekwick och kvacksalveri" skriven av en journalist Simon Singh och professor Edzard Ernst. Jag läste kapitlet med rubriken "Sant och osant om akupunktur" vilket förmedlar känslan av att författarna sitter inne med sanningen och kan ge svaren om den verklighet jag arbetar i. Kapitlet är välformulerat och jag förvånar mig över att Ernst påstås ha viss klinisk erfarenhet av akupunktur vilket sällan är fallet när någon är negativ till akupunktur. De brukar ha skaffat sig sin uppfattning på annat sätt än ett kliniskt arbete med patienter under några år vilket enligt den kinesiska traditionen är det absolut viktigaste sättet att förstå akupunktur.

När man i slutsatsen om akupunktur skriver "en behandling som i så hög grad litar till placeboeffekten är i grunden en bluff.....Akupunktur fungerar endast och allenast för att patienten tror på behandlingen" känns det ofattbart för mig och mina akupunkturkollegor. Hur kan man plötsligt ha kommit fram till en sådan extremt snäv uppfattning?

Som utgångspunkt är jag och författarna helt ense om att behandlingsmetoder måste kunna påvisa en effekt för att bli accepterade, att forskning är viktigt och att det diffust definierade begreppet placebo alltid kan spela roll i alla behandlingar. Men jag kan direkt se att författarna bl a dragit felaktiga slutsatser om akupunktur på grund av otillräckliga kunskaper, missförstånd och att man lägger validitet i evidens på ett annat sätt än vad jag gör. Vad gäller uttolkning och värdering av forskning kan jag för lite vilket gör att jag har fått läsa mer i området, närvara vid Svenska Akupunkturförbundets forskningsdebatt 6 mars

2009 samt erhållit den bästa hjälpen genom att intervjua personer som behärskar området forskning runt akupunktur. Jag intervjuade tre mycket erfarna personer i området; Lilleba Anckers, barnmorska, författare, akupunktör, Kajsa Landgren, doktorand och akupunktör samt Stephen Birch som har Ph D i området, är akupunktör, författare till många böcker och artiklar samt en av västvärldens främsta expert gällande frågor om akupunkturforskning.

## **Vem har rätt?**

När man påstår sig förmedla sanningen, fakta eller verkligheten kan man bland vetenskapsteoretikerna enas om att denna endast kan vara relativ och ett perspektiv färgat av observatörens intryck, värderingar etc. Verklighet kan beskrivas på olika sätt utan att de olika beskrivningarna motbevisar varandra. Om jag påstår att akupunktur fungerar bra vid muntorrhet och Ernst säger att det inte gör det behöver det inte innebära att någon av oss far med osanning utan att vi baserar våra slutsatser på olika erfarenheter och intryck. Om man ska avgöra vem av oss man ska tro på kanske man tycker att Torssell borde veta eftersom han har mycket mer klinisk erfarenhet eller att Ernst borde veta eftersom han är professor, expert i utvärdering av alternativmedicin och borde vara mindre partisk i sin bedömning. Eller omvänt att Torssell kan man inte tro på eftersom han är partisk i sin roll som akupunktör eller Ernst kan man inte förlita sig till eftersom han inte har mycket klinisk erfarenhet, han är relativt känd sedan många år som den som oftast är med och kritiserar alternativmedicin eller nu när han lanserar en metod för hur man bäst utvärderar akupunktur med en sorts placebonål är han partisk i frågan. Den som ska skaffa sig en åsikt i denna fråga kommer i sin tur att välja bland frågeställningar som dessa. När man skapar sig en uppfattning och åsikt kommer viss information väga tyngre än annan och här är det viktigt att känna till att när de flesta människor skapar sig en uppfattning om något är bra för deras hälsa eller inte, gör man det ofta inte på samma sätt som Ernst och hans gelikar som ska utvärdera enligt evidensbaserad medicin (EBM).

*Det alla bör känna till är att om du haft huvudvärk i 10 år och blir av med den efter några akupunkturbehandlingar kommer du troligen inte dra samma slutsatser av detta som man gör i EBM. Du är nöjd och tycker att akupunktur fungerar bra medan din berättelse är helt värdelös som evidens enligt EBM därför att du bara är en enda person och detta kan ha varit placeboeffekt. Om detta skulle gälla dig, skulle du skapa din åsikt om akupunktur utifrån din erfarenhet eller utifrån som EBM dragit slutsatsen?*

*Detta innebär att när man pratar om god medicinsk forskning måste man fråga sig vad man menar med detta. Hur utförs den och hur kommer man fram till slutsatserna?*

## **Författarnas vetenskapliga sanning är inte vetenskaplig eller sann**

Inom EBM betonar man alltså bevisvärde, validitet, på ett annat sätt än människor gör till vardags vilket har sina skäl. Kasuistik, fallbeskrivningar, att man berättar om enskilda personer som blivit bättre med hjälp av akupunktur har väldigt lågt bevisvärde och kanske enligt personer som Ernst inget värde alls. Som beskrivs i boken är dubbelblinda randomiserade placebokontrollerade studier det som motsvarar de högsta kraven på medicinska prövningar.

Innefattar de många människor och kan återproduceras i fler sådana studier kommer detta ha stor validitet. Författarna beskriver vidare den viktiga och oberoende auktoriteten Cochranesamarbetet som publicerar systematiska översikter av kliniska studier. Denna institution försöker ta reda på evidens utifrån väl utförda studier av vilken metod som är verksamt vid olika tillstånd och sjukdomar.

Utifrån allt högre ställda krav på studiernas utförande underkänner författarna de flesta studier gjorda på akupunktur vid diverse sjukdomar och besvär. När man omformulerar kraven på akupunkturforskning försvinner alltså de flesta studierna som evidens. Den erfarenhet man har gjort i Kina sedan tusentals år och de miljontals patientbehandlingar som utförs per år i Kina och därtill alla miljoner enskilda patientfall i övriga världen som behandlas med akupunktur har som ni förstår inget bevisvärde.

Otillräcklighet av studier bevisar varken att akupunktur är verksamt eller överksamt. Författarnas slutsats kan ju lika gärna vara att akupunktur kan tänkas vara verksamt istället för att välja att kalla den för bluff. Bara för att man inte ser något bevisar inte att det inte existerar.

Kvar finns tillräckligt god forskning som troligen oftast är gjort med placebogrupper som kontroll. Författarna hänvisar till Cochraneöversikter som visar att akupunktur inte kunnat påvisa signifikant effekt vid ett flertal tillstånd där man generellt annars anser att akupunktur har haft god effekt såsom ansiktsförlamning, kokainberoende, sätesbjudning, sömnlöshet, menstruationsmärter, tennisarmbåge, kronisk astma etc.

Istället finns Cochraneöversikter med försiktigt optimistiska slutsatser angående akupunkturs effekter. Det gäller rygg- och bäckensmärter vid graviditet, smärta i ländryggen, huvudvärk, illamående och kräkningar efter operation eller cellgiftsbehandling, halsbesvär och sängvätning. Men författarna framhåller att stödet är halvhjärtat. Trots detta är det ändå ovetenskapligt av författarna att i slutsatsen tala om akupunktur i termer av bluff. De kunde lika gärna ha formulerat sig i positiva ordalag vilket mer överensstämmer med den faktiska slutsatsen. Ernst skriver i slutsatsen att akupunktur endast fungerar för att man tror på det, vilket kullkastas av en studie MacPherson presenterade om ryggsmärter. Där fann man bl a att de som randomiserats till akupunktur och inte trodde på det hade de bästa resultaten. De som har erfarenhet av akupunktur

i behandling av spädbarn och djur anser att dessa generellt svarar bättre på behandling än vad vuxna människor gör vilket också motsäger denna slutsats.

Ernst anser att akupunkturstudier inte är tillförlitliga såvida de inte har placebogrupper. Det som får Ernst att likna akupunktur vid bluff i första hand är att många studier när man använt sham-akupunktur (översätts i boken till fuskakupunktur) visat att den är lika bra eller nästan lika bra som riktig akupunktur. Bl a har några megastudier i Tyskland visat detta. Hugh MacPherson summerar dylika studier med att "riktig akupunktur" verkar vara mindre optimal än väntat och sham-akupunktur mer optimal än väntat men Birch menar dock att en viktig fråga här är vad som menas med "riktig akupunktur" vilket i dessa studier måste förklaras (återkommer om det senare i artikeln). Båda är dock effektivare än ingen behandling och man har märkt att sham-akupunktur generellt sett är effektivare än vad placebo brukar vara. Detta innebar att Adrian White redan för länge sedan skrev att detta blir ett statistiskt problem och kan innebära att man måste använda väldigt stora grupper i akupunkturstudier t ex i storleksordningen 2000 människor för att jämföra om riktig akupunktur är bättre än någon låtsasform för att utröna signifikanta skillnader vilket blir dyrbara studier.

Vad gäller alla typer av placebonålar även den som Ernst vill lansera anses det visat att de har terapeutisk effekt vilket innebär att man inte kan använda dem som placebo. Kända personer inom akupunkturforskning som Adrian White, George Lewith, Hugh MacPherson, Kathleen Hui och i Sverige Christer Carlsson och Thomas Lundeberg är några som anser detta.

Birch konstaterar att det är ovetenskapligt att förutsätta att sham-akupunktur är överksamt och därför kan de slutsatser som Cochranesamarbetet och Ernst drar utifrån placebokontrollerade akupunkturstudier inte visa att akupunktur är överksamt. Birch likställer det med att jämföra en grupp som får 20 mg aspirin med en placebogrupp som får 15 mg och förutsätta att de sistnämnda får något verkningslöst.

Birch säger att det inte finns något bevis för att sham-akupunktur är verkningslöst (och det gäller även det som i boken presenteras som Ernsts viktiga bidrag till förbättrande av kvaliteten på studier med sin överlägsna form av simulerad akupunktur) och därför måste man hitta andra metoder för utforskning av akupunktur.

För att summera vad som sagts hittills beskrivs det i boken att "i samma takt som provningarna blir striktare och mer tillförlitliga ökar utsikterna till att akupunktur inte är annat än placebo". När författarna minimerat studierna man godkänner återstår de som kan jämföras med placebo och här har man gjort metodfelet att använda något som inte är placebo (d v s förutsätts vara verkningslöst). Kvar finns ingen slutsats för dem att dra. De bör istället för att tro att det går att forska på akupunktur på samma sätt som ett läkemedel försöka diskutera med andra kunniga för att hitta bättre lösningar på hur man bäst forskar på akupunktur. Jag skulle föreslå att Birch bör vara med i diskussionen.

## Problem i utforskningen av akupunktur

Grundproblemet vid akupunkturforskning består till stor del av att en färdig modell för utforskning utformad i väst möter ett helt annat österländskt system som inte passar in i denna modell. Den västerländska modellen är en reduktionistisk modell med ”antingen eller-tänkande” utformad för att testa läkemedel. Den har vissa grundantaganden där mötet med ett holistiskt systemtänkande som inrymmer andra grundantaganden ger upphov till problem. Ett exempel på ett grundantagande i traditionell kinesisk medicin (TKM), där akupunktur är en av behandlingsmetoderna, är att allt hör ihop. Vi människor hör till ett större sammanhang som vi hela tiden står i relation till och därmed påverkas i. Vidare hör varje del av människan till det större sammanhanget kroppen vilket t ex innebär att om man trycker på en liten del av kroppen kan potentiellt allt påverkas. Dessa idéer är viktiga att känna till när man ska utforska akupunktur och kan bidra till ny förståelse av placebo. TKM är dessutom ett pluralistiskt system med många olika teorier och tekniker vilket innebär att man naturligtvis måste försöka förstå detta tänkande innan man bedömer det. Viktigt vad gäller TKM är då att lyssna till många olika företrädare för olika akupunktursystem och att titta på många olika klassiska och moderna böcker. Rådfrågar man bara en eller några få källor ökar risken för att förståelsen blir alltför snäv. I ”Salvekwick och kvacksalveri” har de märkligt nog fortsatt att missförstå akupunktur genom att tala om att man sticker in nålen till ett djup mellan 1 och 10 cm och här talar de om att man kan göra placebobehandling genom att sticka ytligare än detta (trots årtal av misstag och diskussioner om detta). Redan i den klassiska boken Neijing (som är ca 2000 år gammal) beskrivs de 9 nålarna varav en del bara används för att stimulera akupunkterna på ytan precis som man kan stimulera dem med tuinamassage. Denna tradition är av diverse skäl levande framför allt i Japan nuförtiden där man ibland bara nuddar nålen försiktigt på ytan för att uppnå de bästa effekterna. Det som författarna uppfattar som olika ”placebonålar” kan alltså enligt vissa ge de bästa effekterna. Av detta skäl berättar Birch att han har sett studier där sk placebo (d v s låtsasstick eller ytliga stick) i jämförelse med sk riktig akupunktur har haft oväntat bra effekt därför att den utifrån japansk akupunktur var en bra behandling. M a o har man bara jämfört akupunktur med akupunktur men dragit den felaktiga slutsatsen att akupunktur bara är placebo. Birch säger att många studier som visar på sämre akupunktoreffekter beror på kvaliteten av den ”riktiga akupunktören”. Om akupunktören bara får använda samma punkter på alla, inte har någon förståelse av faktorerna bakom punktval eller inte har någon lång klinisk erfarenhet av akupunktur blir med stor sannolikhet utfallet sämre. Få studier har gjorts med erfarna traditionellt arbetande akupunktörer.

Ernst har tagit de kända tyska megastudierna (COMP, ART, Gerac) som exempel på att akupunktur bara är placebo och alltså dragit en negativ slutsats av dem där andra tolkat de mer positivt. I korta drag jämförde riktig akupunktur med både sham-akupunktur och med ingen behandling eller konventionell behandling vid några tillstånd som t ex ländryggsmärta. Riktig akupunktur var oftast inte signifikant bättre än sham-akupunktur av vilket Ernst drar sina negativa slutsatser. Dock var både riktig akupunktur och sham-akupunktur klart bättre än ingen behandling och lika bra eller bättre än konventionell behandling av vilket andra drar positiva slutsatser för akupunkturs del. Birch beskriver dock vissa problem med dessa studier utöver problemet med sham-akupunktur som jag nämnt tidigare. Det kunde vara mellan 50 och 320 läkare som rekryterades till att utföra akupunktur i dessa studier. Kraven i läkarnas akupunkturförbund i Tyskland har antingen legat på en akupunkturutbildning av 130 eller 320 timmar som ett minimum och det har funnits diskussioner huruvida detta räcker som akupunkturutbildning. Birch ställer sig biasfrågan om det bland vissa av de behandlande läkarna funnits intresse att visa att det inte är stor skillnad mellan lång utbildning (riktig akupunktur) och kort utbildning i akupunktur då resultaten indikerar att det inte behövs någon skärpning av deras utbildning. Ett annat problem kan ha varit att det fanns läkare som efter studierna tyckte att de på jämförelsen med sham-akupunktur blev så begränsade i sitt utövande av riktig akupunktur att de ibland inte fick behandla såsom de skulle ha gjort om det inte varit för studieupplägget. Det största problemet är dock kvaliteten på den riktiga akupunkturs enligt Birch. Med tanke på att WHO fastställt att det behövs ett minimum av 1500 timmar för att utöva TKM-akupunktur på ett kvalitetssäkrat sätt (vilket med marginal överensstämmer med de krav Svenska akupunkturförbundet ställer) finns alltså risken att fler av läkarna som utförde den riktiga akupunkturs kan ha haft mindre än 25% eller t o m mindre 10% av det som krävs av WHO för att i sin behandling ha diagnostisk precision, punktvälskunskaper etc som är nödvändigt för att utföra bra akupunktur. Ett annat problem med akupunkturkvaliteten är också erfarenhetsfrågan som spelar roll i akupunkturs. Många av läkarna som fanns med i studien använder inte akupunktur till vardags som huvudbehandling utan bara som tillägg i sin praktik vilket kan påverka kvaliteten av akupunkturutförandet.

Både Volker Scheid och Hugh MacPherson anser att nästan all forskning mer eller mindre våldfört sig på TKM. Men hur ska man kunna forska på ett bättre sätt? Dr Rolf Nordemar anser att jämförelse av akupunktur och konventionell behandling är ett bra sätt. Stephen Birch säger att både han och MacPherson anser att pragmatiska studier är bra, vilket kan vara det som Nordemar föreslår. Det kan också vara en jämförelse mellan konventionell behandling och konventionell behandling med tillägg av akupunktur eller en jämförelse mellan akupunktur och ickebehandling t ex några som står på väntelista till behandling.

Scheid föreslår mer tvärvetenskaplig forskning. De flesta menar att man måste vidga begreppet god forskning i detta sammanhang till att innefatta kvalitativa kriterier för att förbättra evidensmosaikerna. Johanna Hök föreslår t ex djupintervjuer med fokus på rätt frågeställningar. Dessa är typiska åsikter för de som har mer förståelse för TKM och Norge har visat vägen där Tromsø universitet har NAFKAM som ger förslag på hur akupunktur ska kunna utforskas. (Se <http://uit.no/nafkam/nytt/3773>)

## **Finns verkligen Qi och meridianer?**

Författarna skriver i slutsatsen som ett av sina viktigaste argument: ”Principerna för traditionell akupunktur är djupt felaktiga. Inga bevis föreligger för att qi och meridianer existerar”. Istället för ”djupt felaktiga” bör man skriva djupt missförstådda på grund av okunskap och här behövs lite utrymme för att ge en grundläggande förklaring. TKM har utvecklats utifrån observationer och praktisk erfarenhet och för att bäst förstå detta tänkande krävs en ansats att förstå vad som menas med begrepp som qi och meridianer och att i praktiken tillämpa detta för att observera vad som fungerar.

När jag har förkovrat mig och arbetat länge med TKM:s olika förklaringsmodeller blir påståendet att inga bevis finns för qi och meridianer märkligt, inte bara för att jag ser att dessa idéer fungerar i praktiken. För att nå en förståelse använder kineserna gärna analogier som en metod utan att göra anspråk att dessa är verkligheten och jag vill börja med att göra samma sak. Jag kan likna deras påstående vid att en kines skulle kräva bevis för att svensk kultur verkligen existerar. De flesta skulle reagera med att undra vad han menade eftersom svensk kultur är ett fenomen som definieras lite diffust som en allmän överenskommelse och som lättast förstås genom att ta många exempel och att jämföra med sådant som alla skulle tycka vara osvenskt. De flesta skulle försöka förstå vad han menar med frågan och hur han förstår termerna svenskt och kultur. Om han kräver ett enskilt bevis för att bli nöjd kan ingen hjälpa honom. För att förstå vad författarna Singh och Ernst menar med qi och meridianer ges ingen beskrivning annat än att de ger uttryck för att de inte tror på dessa. Utifrån övriga resonemang blir jag dock övertygad om att typiska västerländska reduktioniska och positivistiska tänkanden ligger till grund för deras uppfattning om vad som är sant. De förutsätter som grundantagande att kineserna har syftat på qi och meridianer som något man kan separera från övriga fenomen och reducera till något mätbart och synligt. De letar med förstoringsglas efter skogen och irriterar sig över att de inte kan hitta den på grund av att alla träden är i vägen. Jag ska försöka definiera vad qi och meridianer är utifrån TKM. Om man ber Ernst lägga handen på ett lik och på en levande människa och därefter be honom förklara om han upplever en skillnad. Han skulle säkert komma fram till att den levande kroppen är varmare och att det går att urskilja någon slags rörelse till skillnad från den döda kroppen. Värme och rörelse fångar ganska grundläggande

vad qi är. När man sedan tusentals år i Kina observerat världen och människan har man försökt urskilja grundläggande principer för att kunna förklara vad som är gemensamt för de olika fenomenen och när man sett att det bl a kan definieras i att allt förändras och att detta är samma som rörelser och omvandlingar har det kunnat kallas qi. Där det finns rörelser och omvandling finns qi. Där det finns mindre av rörelser och omvandlingar finns mindre qi. Om man tittar på en människa utifrån ett biomedicinskt perspektiv kan man faktiskt konstatera att vilken nivå man än väljer att titta på pågår rörelser, t ex cirkulation, och omvandlingar, t ex att vävnader bryts ned och byggs upp tack vare en stor mängd av utbyten. Samtidigt finns värme både som förutsättning och följd av flera av dessa skeenden. Qi är alltså inget ovetenskapligt utifrån ett naturvetenskapligt perspektiv om man förstått begreppet rätt. Om det däremot krävs att man måste välja en av dessa rörelser och utbyten som bevis för qi, blir det bara ett reducerat perspektiv av qi och man går miste om hela förståelsen av det. Utbytet av joner som natrium och kalium som ständigt pågår är ett exempel på denna rörelse men förståelsen blir mer komplett om man inbegriper alla jonutbyten och ytterligare mer komplett om man inbegriper alla essentiella näringsämnen men fortfarande täcks inte hela förståelsen in eftersom qi är alla funktioner och inte bara näringsutbyten.

Innan jag går vidare med qi måste jag kort nämna en annan viktig princip inom TKM, yin yang, som ibland också hävdas vara något omodernt och oförenligt med naturvetenskap. Precis som qi visar teorin om yin yang att kineserna tidigt hade en imponerande förståelse av principer rörande människan och världen. Principen yin yang handlar om balans och att rörelser är väl reglerade och om jag kopplar vidare på ovanstående exempel ser man inom naturvetenskapliga discipliner som fysik, kemi och inom biologi att detta stämmer som grundprincip. Om vi tar människan som exempel så måste man ha en optimal balans i alla funktioner och utbyten för att man ska vara frisk. Man får inte bli för varm eller kall, natrium och kalium måste ha ett balanserat utbyte, pH-värdet får inte bli för högt eller lågt etc. Principen yin yang kan konstateras vara väl överensstämmande med modern vetenskap bara man förstått begreppen rätt. Dessa är en viktig del i förståelsen för hur TKM ser på meridianer.

Språkvetarna har konstaterat att man kan se skillnader i kinesernas och västerlänningars tänkande återspeglad i både det talade och skrivna språket. Man kan se att västerlänningar tenderar att vara mer specifika i sitt språk och där ett ord tenderar vara reducerat till få betydelser oavsett sammanhang medan det är tvärtom i Kina. Både skrivna och talade ger ord som qi och meridianer en massa associationer till kineserna som mer eller mindre förloras när man översätter dem till t ex svenska även om kinesiska läkare försöker förklara. Qi är oftast beskrivet i termer av något osynligt som sätter igång (eller är del av) synliga manifestationer. Ordet finns med i uttryck som vitalitet, liv, vigör, energi och kraft. Därför är det inte konstigt att qi finns med i sammanhang som betyder påskynda, explosion, ansträngning, inflytande, porlande vin, bensin eller



centralvärme. Som en osynlig kraft kan man förstå att qi kan betyda luft och automatiskt kan finnas med i sammanhang som andnöd, suck, röst, ventilation, gaser, syre, lukt och smak. Visst är luft och syre livsviktigt för vår överlevnad men att bara översätta qi till detta får en alltför reducerad betydelse för att man ska förstå qi.

Att qi ligger till grund för hälsa och sjukdom står att läsa i den klassiska boken Neijing och ordet finns med i det kinesiska språket som en anspelan på vilka krafter som har inflytanden på t ex en människa. Qi finns med i ord som betyder väder, klimat, atmosfär och stämning, stil, tur och tonen i ett samtal. Det som händer mellan människor och inom en upplevande människa påverkar qi och detta återspeglas i att qi finns med i ord som betyder vanor, tolerans, humör, karaktär, arrogans, vänlighet, ambition, känslor, ilska, få utrymme etc. Detta ger naturligtvis TKM ett annat perspektiv på placebo och ”ickespecifika faktorer” som man talar om inom EBM. TKM konstaterar att människan inte kan komma undan placebo eller ickespecifika faktorer vilket har gjort att man istället valt att studera och organisera förståelsen av detta i en holistisk vetenskap. Att tillräkna allt potentiell betydelse för en människas hälsa och att ha kunskap om hur detta kan ske är värdefullt i en värld där människan inte kan isoleras från dylika faktorer. Man kanske kan påstå att TKM på så vis är en mer verklighetstrogen medicinsk vetenskap än den vetenskap där man erkänner att placebo och annat ospecifikt finns med och påverkar människan men man vet inte hur och där man helst undviker att studera allt i samverkan. Vem kan göra anspråk på sanningen och rätt beskrivning av verkligheten?

Utifrån vad jag har beskrivit framkommer ett perspektiv i TKM där en levande människa består av qi och när detta är väl reglerat fungerar människan som den ska både psykiskt och fysiskt. Med hjälp av begreppet qi ser man hur tankar, känslor och kropp står i samspel och hur allt samverkar i en helhet. När en del berörs kan potentiellt allt annat påverkas och utifrån ett dylikt holistiskt perspektiv har man studerat olika samband och hur detta regleras. Man har bl a studerat hur de olika organen påverkar ytan och hur ytan kan påverka det inre och dessa samband har man organiserat i det man kallar meridianer eller kanaler.

Orden för meridianer är från de tidigaste texterna oftast benämnda som jing eller mai. Mai innebär en reglerad cirkulation och kan också översättas till kärl och puls men dessa är egentligen uttryck för det förstnämnda. Ideogrammet för jing är bilden av en jordyta som tack vare ett flöde under ytan kan manifesteras ett vitalt liv (som t ex växtlighet). Jing kan betyda regelbundet (precis som ett flöde under ytan av vatten regelbundet måste tillföras för att växter ska kunna frodas) men också regel, reglering, norm, det som är normalt. Ordet jing kan finnas med i menstruation, något som norm ter sig regelbundet. Jing kan också betyda klassisk bok precis som i Neijing eller Daodejing, det som klargör vad som är regeln och normen i olika sammanhang. Meridianerna (jing) inom oss är något som tack vare en regelbunden, reglerad cirkulation anger normen till ett område

eller en funktion. Meridian qi är alltså den normala (meridian) funktionen (qi) i ett område eller längs en utsträckning.

Om jag istället ställer följande tre frågor till författarna. Tror ni att en på alla sätt välmående människa troligen är frisk och biologiskt väl fungerande? Om man pekar på ett hudområde som svider och ett intill som inte är besvärat på något sätt och säger att det sistnämnda fungerar som det ska, håller ni med? Tror ni att en del som besväras människan mer eller mindre kan påverka andra delar och funktioner av människan? Som exempel kan man ta en som är förkyld och fått besvär i luftvägarna som en täppt näsa och hosta men samtidigt uppstår annan påverkan som frusenhet, hängighet, färgen i ansiktet är förändrad, aptiten är minskad, munnen är torrare och sömnen lite störd.

Med all säkerhet svarar författarna ja på dessa tre frågor och då kan man konstatera att de på en rent grundläggande nivå håller med om att qi och meridianer finns som fenomen. Inom TKM har man använt denna basala nivå att beskriva qi och meridianer som utgångspunkt för att förstå komplexa samband mellan olika symtom, platser och funktioner.

### **Självkritiskt och öppet**

Om kraven är väldigt höga vid utvärdering av alternativmedicin och akupunktur får man känslan av att den befintliga skolmedicinen uppfyller dessa, vilket ofta inte är fallet. I olika länder som t ex Sverige, Norge och England har efterfrågan av alternativmedicin som TKM och akupunktur stadigt ökat. I England frågade man folk om varför de sökte alternativa metoder som dessa och 49% svarade att skälet var att de inte blivit hjälpta av den konventionella vården. 40% svarade att de var rädda för skolmedicinens biverkningar. Man kan alltså säga att två av tre grundpelare till medicinens gyllene standard, effektivitet och säkerhet, gör att folk söker alternativ som akupunktur. Vad gäller akupunktur visar den beprövade erfarenheten att metoden är effektiv och säker. Fler studier finns som visar hur säker och biverkningsfri akupunktur är, bl a en som Ernst deltagit i. Den tredje grundpelaren till medicinens gyllene standard är plausibilitet, hur trolig metoden är att fungera. Generellt anses akupunktur vara plausibel med tanke på hur utbredd metoden och hur länge den använts samt att man kunnat påvisa fler olika verkningsmekanismer som t ex effekt på endorfiner, substans P, noradrenalin, dopamin etc.

Någon har rapporterat att de flesta som söker vård idag inte kan få svar på varför de är sjuka. Man kan få någon slags beteckning, diagnos men verkningsmekanismen är ofta okänd. De hårt dömande kritikerna av alternativa metoder som TKM och akupunktur bör tona ner sina krav till dess att skolmedicinen kan förklara varför de flesta patienter mår dåligt. En medicinsk vetenskap strävar efter att kunna ge en verklighetstrogen reflektion av patienternas symtom, tecken och upplevelse av ohälsa. Man skulle kunna göra en stor test av dagens skolmedicin. Man tar en stor grupp patienter och ger dem

alla undersökningar man har att tillgå för att därefter beskriva hur varje person mår. Med stor sannolikhet blir differensen stor mellan skolmedicinens utlåtande och de olika patienternas egna beskrivningar. Många skulle t ex få höra att de mår utmärkt fast de egentligen kan ha besvär som yrsel, huvudvärk, illamående, bukvärk, tinnitus, ångest, sömnbesvär etc. Inte förrän man kan ge en förklaring till nästan alla symptom, besvär och deras kur, vare sig de är specifika, ospecifika eller placebo, kan man förklara sin egen (i detta fallet naturvetenskapliga) förklaringsmodell överlägsen nog att man kan tänkas stänga dörrar till andra förklaringsmodeller.

MacPherson rapporterade att 70% av vårdsökande har kroniska komplexa besvär. Det är här TKM finner en styrka som metod och enligt Trine Stub, Tromsø universitet, är det bland dessa patienter det reduktionistiska perspektivet blir svagt och dessutom tenderar bli partiskt.

Det har rapporterats att endast 10-20% av dagens skolmedicin uppfyller kraven på god evidensbas. Detta behöver inte innebära att dagens metoder är dåliga utan endast att forskningen bakom dem är otillräcklig utifrån EBM.

Ett exempel är rådet att motionera för att gå ned i vikt vid fetma. Rådet att ökad motion minskar övervikt hörs som ett självklart mantra sedan länge bland medicinsk expertis och var och varannan vet av erfarenhet att det fungerar men evidensbasen är svag. År 2000 gjordes en finsk översiktsstudie och där kunde man endast finna 12 studier i världen som visar fördel med motion gällande övervikt. De flesta av dem visar dock inget orsaksförhållande mellan motion och vikt utan endast association och även där har denna association motsägelsefulla slutsatser. Trots denna svaga evidens har jag inte sett någon expert eller folk i gemen ändra sin uppfattning i detta, troligen baserat på egna observationer, vilket jag anser är ett viktigt sätt att dra slutsatser från.

Ett annat exempel är västvärldens största dödsorsak; hjärtkärlproblem. År 2006 publicerade Cochranesamarbetet en översikt av multipelriskintervention för att förebygga kranskärlssjukdom. Här ingick sänkning av högt blodtryck och högt kolesterol. 39 studier ansågs tillräckligt välgjorda för att kunna dra meningsfulla slutsatser av. Slutsatsen var att insatser som sänkning av högt blodtryck och högt kolesterol inte hade någon speciell effekt på dödligheten i dessa sjukdomar. Är världens mest utskrivna mediciner meningslösa? Jag tror inte läkarna ändrat sin förskrivning av dessa mediciner sedan evidensen visat sig vara låg.

Kvar står man med individuella bedömningar. Personligen tror jag att blodtryckssänkande mediciner många gånger gör nytta medan kolesterolsänkande mediciner oftast inte gör det och om inte Cochranesamarbetet vet råd får man försöka ta ställning själv.

## Vad bör vägas in i bra medicinsk behandling?

Den naturvetenskapliga forskningen har banat väg för många framsteg och är oumbärlig, men den humanistiska forskningen, med sin betoning av att varje individ är unik och komplex och där man lägger mer kvalitativ betoning för att närma sig sanningen, kommer man aldrig kunna vara utan inom medicinen. TKM och akupunkturen står tydligt för detta. Här menar man att bästa behandling kommer av att lyssna noggrant till en människas subjektiva beskrivning av sina symtom och skraddarsy en individuell lösning. Vissa mätbara värden går att generalisera utifrån stora studier av en grupp människor men individuella avvikelser kommer alltid att finnas speciellt när det kommer till komplexitet vad gäller samband mellan olika symtom. Det finns forskning som visar att självs kattad hälsa är bästa prediktorn för ett långt och hälsosamt liv och inte något enskilt mätvärde. Denna egna holistiska bedömningen av sin egen hälsa måste alltid väga tungt. Inom TKM är detta viktigt och inom forskningen pratar man om empowerment, bemyndigande, att patienten känner att han kan lita till sina sinnen och få bättre kontroll över sitt liv och hälsa. Här kan man också tala om patientautonomi; hur pass beroende blir patienten av mediciner och behandlingar? Kan man avsluta behandlingen utan att må dåligt? Man bör också i bedömning av olika behandlingsmetoder väga in ett tidsperspektiv. Som exempel kanske akupunktur kan avhjälpa astma efter tre månaders behandling medan alternativet är livstids medicinering.

Ett annat perspektiv är miljöpåverkan, där t ex problem har uppstått p g a mediciner som läckt ut i grundvattnet.

Hur pass kostnadseffektiv en metod är vägs in mer eller mindre medvetet redan idag men det kanske också bör mätas när metoder utvärderas. Förutom plausibilitet är naturligtvis de redan diskuterade faktorerna effektivitet och säkerhet, t ex från uppkomst av biverkningar, mycket viktiga att väga in och alla dessa faktorer sammantaget talar mycket till TKM:s och akupunkturs fördel(1). Ernst och Singh liknar bedömningen av en behandlingsmetod vid en rättegång och om jag vore jury skulle jag med bestämdhet ogiltigförklara alla deras framlagda bevis mot akupunkturen men se de som ett bra diskussionsunderlag för hur akupunkturforskning ska inriktas i framtiden.

(1) Mycket tyder på att biverkningar och dödsfall relaterade till modern skolmedicinsk (farmakologisk) behandling är en besvärande nackdel i en jämförelse med TKM vilket grundar sig i att dessa två system har fundamentala skillnader i perspektivet av människan och sjukdomars uppkomst. Utifrån västs

reduktionistiska tänkande analyseras alla delar var och en för sig och sammantaget läggs de ihop till en helhet. Bara det identifierade felet korrigerats i en del, kommer troligen hela människan må bra av detta ungefär som en ”reservdelsmänniska”. I östs holistiska tänkande analyseras hur alla delar samverkar i en helhet och här accentueras mer tanken att helheten styr delarna. Visst kan man korrigera den del som fungerar dåligt men medicinen får så långt som möjligt inte störa andra funktioner. Utifrån dessa två synsätt har vi sett den naturliga följden att vårt västerländska medicinska system tvingas acceptera biverkningar (ospecifika följder som accepteras ”bara de står i proportion till de önskvärda effekterna”), medan österlandets medicinska system inte gör det. Ett viktigt perspektiv när de olika medicinska systemen ska bedömas.

**[www.akupunkturakademin.se](http://www.akupunkturakademin.se)**