
Bør tverrfaglig behandling av smertetilstander inkludere akupunktur?

DEBATT

JILL BROOK HERVIK

jill.hervik@siv.no

Jill Brook Hervik er dr.med. og fysioterapeut ved Smertepoliklinikken ved Sykehuset i Vestfold.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ODD MJÅLAND

Odd Mjøland er dr.med. og pensjonert overlege ved Radiumhospitalet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TRINE STUB

Trine Stub er dr.med. og seniorforsker ved Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin ved UiT – Norges arktiske universitet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Endogene fysiologiske mekanismer kan forklare akupunktoreffekt, men behandlingen er ennå ikke integrert i offentlig helsevesen i Norge.

Om lag 30 % av den norske befolkningen oppgir at de lever med kronisk smerte (1). Muskel- og skjelettsykdommer er den vanligste årsaken til dette, og er hoveddiagnose ved 38 % av legemeldt sykefravær (2) og 28 % av

uføretrygdtilfeller (3). Det har vært en svak økning i forekomsten av kronisk smerte de senere årene (1). Vi mener det er på tide å revurdere forebyggende tiltak og smertebehandling.

I 2018 mottok Legemiddelverket 5 623 bivirkningsmeldinger (4). 31 % av hendelsene ble klassifisert som alvorlige (4). Medisinfritt behandlingstilbud er en politisk bestilling fra helseminister Bent Høie til helseforetakene. Likevel er medisinsk smertelindring gjerne førstevalget. Andre behandlingsmetoder med sammenlignbar effekt, som akupunktur og kognitiv terapi, benyttes sjeldnere, selv om disse har ingen, milde eller færre bivirkninger (5).

Fysiologiske mekanismer ved akupunktur

Kroniske, kompliserte smertetilstander krever behandling som kan påvirke det perifere og det sentrale nervesystemet (6–8).

Akupunkturpunkter er lokalisert i områder der sensoriske nerveender ligger tett, og som er lokalisert i fascia (6). Effekten av akupunktur blokkeres når lokalanestesi injiseres i slike punkter, og når perifere nerver blokkeres (9). MR-bilder av hjernen viser spesifikke forandringer som en respons på akupunktur (10).

Akupunktur – bare placebo?

Akupunktur er ofte blitt karakterisert som «bare placebo». Det er viktig å poengtere at en høy grad av placebo ikke utelukker effekt av behandlingen (8).

«Medisinfritt behandlingstilbud er en politisk bestilling fra helseministeren til helseforetakene. Likevel er medisinsk smertelindring gjerne førstevalget»

Narreakupunktur involverer en overfladisk penetrering med nåler i områder med lave konsentrasjoner av nerveender. Metoden påvirker berøringsreseptorer, og dermed modellering av det limbiske systemet, og er langt fra perfekt som kontrollintervensjon. Det er mulig at denne effekten er blitt misoppfattet som placebo, eller at placebo som er forbundet med akupunktur, er «ren» placebo, i tillegg til limbisk modulering. Sammenligning av aktiv behandling og narreakupunktur kan dermed være en observasjon av to forskjellige sentrale mekanismer.

Anbefalt internasjonalt

Ifølge The Cochrane Collaboration er akupunktur en lovende behandling for rygg, nakke, bekkensmerter (11) og hodepine (12). WHO anbefaler akupunktur for 28 forskjellige tilstander (13). Nylig publiserte NICE (National Institute for

Health and Care Excellence) (14) et forslag til nye retningslinjer for behandling av primære kroniske smerter. Instituttet anbefaler trening, psykologiske tilnærminger og akupunktur som behandling, istedenfor medisiner. Ifølge NICE er det ingen eller svak evidens for at medisinsk behandling (inkludert ikke-steroid antiinflammatoriske midler, gabapentin og opioider) reduserer smerter eller bedrer pasientenes livskvalitet.

På tide med forandring

Konvensjonell medisinsk behandling er som oftest førstevalg ved smertebehandling. Bare ved manglende effekt, uakseptable bivirkninger eller krav fra pasienten vurderes alternative behandlingsmetoder. Akupunktur er en billig, evidensbasert behandling med lav risikoprofil, og det er et godt alternativ eller tillegg til medisiner. Etter vår mening er kombinasjonen av skolemedisin og evidensbasert alternativbehandling, som akupunktur, undervurdert.

Det er ingen tvil om at akupunkturfaget bør oppdateres. Integrering av akupunktur i det norske helsesystemet krever at faget tilpasses anatomi, fysiologi og patologi samt vestlig evidensbasert medisin. Strategiene vi har for smertetilstander, har ikke klart å stanse økning i antall mennesker i Norge med kroniske smerter. Vi må derfor tenke nytt.

LITTERATUR

1. Nielsen CS, Steingrimsdottir OA, Skurtveit SO, Handal M. Folkehelse rapporten. Langvarige smerter. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerter/> Lest 22.10.2020.
2. Legemeldt sykefravær etter diagnose og bosted. Oslo: NAV, 2019. https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/relatert-informasjon/sykefravaersstatistikk8/_/attachment/download/7d1e8e04-1b07-4088-82b5-52c00d6f6f50:8fd49ee4b60cd5d173off4039a8845e2677a5fa6/syfra560-legemeldt-sykefravaer-etter-diagnose-og-bosted.kvartal.pdf Lest 22.10.2020.
3. Ellingsen J. Utvikling i uførediagnoser per 31. desember 2015. Oslo: NAV, 2015. https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/uforetrygd-statistikknotater/_/attachment/download/a4d37c67-a68a-4c0c-8789-0c505848fec1:65849cdbf6df761460e69ffc2ba531c3cdd57bbo/statistikknotat-uforetrygd-desember2015.pdf Lest 22.10.2020.
4. Bivirkningsrapporten 2018. Oslo: Statens legemiddelverk, 2018. <https://legemiddelverket.no/nyheter/bivirkningsrapport-for-2018> Lest

22.10.2020.

5. Toroski M, Nikfar S, Mojahedian MM et al. Comparison of the Cost-utility Analysis of Electroacupuncture and Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs in the Treatment of Chronic Low Back Pain. *J Acupunct Meridian Stud* 2018; 11: 62–6. [PubMed][CrossRef]
6. Sakai S, Hori E, Umeno K et al. Specific acupuncture sensation correlates with EEGs and autonomic changes in human subjects. *Auton Neurosci* 2007; 133: 158–69. [PubMed][CrossRef]
7. Chae Y, Chang DS, Lee SH et al. Inserting needles into the body: a meta-analysis of brain activity associated with acupuncture needle stimulation. *J Pain* 2013; 14: 215–22. [PubMed][CrossRef]
8. Musial F. Acupuncture for the Treatment of Pain – A Mega-Placebo? *Front Neurosci* 2019; 13: 1110. [PubMed][CrossRef]
9. Torsney C. Inflammatory pain neural plasticity. *Current Opinion Physiology*. 2019; 11: 51–7. [CrossRef]
10. Ren XJ, Chen HY, Wang BG et al. Regional homogeneity analysis on acupoint specificity with resting-state functional magnetic resonance imaging. *Chin Med J (Engl)* 2012; 125: 1627–32. [PubMed]
11. Furlan AD, van Tulder M, Cherkin D et al. Acupuncture and dry-needling for low back pain: an updated systematic review within the framework of the cochrane collaboration. *Spine* 2005; 30: 944–63. [PubMed][CrossRef]
12. Linde K, Allais G, Brinkhaus B et al. Acupuncture for the prevention of tension-type headache. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 4: CD007587. [PubMed][CrossRef]
13. Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials. Geneva: World Health Organization, 2003. <http://digicollection.org/hss/en/d/Js4926e/> Lest 4.1.2020.
14. Chronic pain. Assessment and management. In development (GID-NG10069). London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-ng10069> Lest 1.9.2020.

Publisert: 23. november 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0637

Mottatt 15.9.2020, første revisjon innsendt 12.8.2020, godkjent 22.10.2020.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. juni 2026.