



Pattern-diagnoser, helhetssyn og krav til objektivitet

Kjernen i tradisjonell kinesisk medisin (TKM), som fremmer at pasienten får individuelt tilpasset behandling rettet mot personlig diagnose, trues av studier som viser at akupunkturdiagnoser har lav pålitelighet. Disse studiene har vist at samme pasient får forskjellig TKM-diagnose og ulikt behandlingsforslag fra forskjellige akupunktører. Behandlingen blir følgelig ikke individuell for pasienten, men for de ulike akupunktørene.

Variasjon i diagnoser er et velkjent problem for helserelaterte yrkesgrupper. Likevel møter akupunktører realiteten med skepsis, bortforklaring og kritikk, og argumenter som ikke holder mål i forhold til tidens formelle krav til vitenskapelighet. Et mye brukt argument er påstanden om at biomedisinsk reduksjonistisk forskningsmetoder ikke er egnet til å undersøke TKM som er forankret i et helhetlig menneskesyn.

I kronikken belyses betydningen av TKM-diagnoser og det stilles spørsmål ved relevansen av disse. Typiske bemerkninger til forskningsresultater i TKM refereres, argumentene kommenteres og det undersøkes hvor de har sin rot, f.eks. i holisme som har en sentral plass i TKM. Formålet er å få i gang en debatt som kan klargjøre hvor akupunkturmiljøet befinner seg, og hvor det ønsker å befinne seg, i forhold til vitenskapelige krav. Jeg ønsker å skape refleksjon og bevisstgjøring som er nyttig i forhold til akupunktørens profesjonsprosess, og som også kan være aktuelt for Akupunkturforeningens profilering.

Diagnoser

Diagnoser er menneskeskapte, og endrer seg over tid med ny kunnskap og nye behov. Den biomedisinske diagnosen har ulike funksjoner, den angir blant annet hva som er riktig behandling og pasientens prognose. Den gir pasientrettigheter og resultatmidler. For å kunne forstå og kommunisere med mennesker og verden vi lever i er det utviklet et felles språk som navngir og klassifiserer diagnoser.

Spesialisthelsetjenesten er lovpålagt å diagnostisere i henhold til Den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD). I fagutvikling og forskning må diagnosen være entydig definert og

internasjonalt akseptert. Det er spesielt viktig at diagnosen er treffsikker og pålitelig, dette måles med validitet og inter-rater reliabilitet (1).

Inter-rater reliabilitet, at terapeuter er enige om diagnosen til samme pasient, har ikke blitt viet særlig oppmerksomhet i akupunkturfaglige debatter, til tross for at problematikken med unøyaktige diagnoser og feil behandling var nevnt i Huang di Nei Jing (2).

Studier har vist at akupunktører, også fra samme skole/bakgrunn, setter forskjellige diagnoser på samme pasient (3-20) uten at dette har trigget diskusjon om hvordan vi kan oppnå mer pålitelige diagnoser. Lav diagnoseenighet har blitt forsøkt forklart med at det skyldes feil og mangler ved studiene. En populær forklaring er at reduksjonistiske biomedisinske metoder ikke er egnet for å undersøke akupunktur som er forankret i et holistisk verdenssyn.

Håndtering av dårlige forskningsresultater

Dersom reduksjonistiske metoder generelt sett ikke er egnet for å undersøke TKM, så skaper det flere problemer. Det betyr at resultater fra akupunkturstudier basert på slike metoder ikke kan anerkjennes. Det er synd i de tilfellene der resultatene konkluderer med god effekt av akupunktur. Dersom metoden ikke er egnet kan vi ikke stole på resultatene selv om de er positive. Gode resultater fra akupunkturstudier spres raskt på sosiale media, og aksepteres som sannhet, til tross for at det er brukt reduksjonistiske metoder. Argumentet om uegnede metoder brukes til å benekte dårlige studieresultater av akupunktur. Ved å forbigå de negative resultatene, hemmes forbedring og fagutvikling. En annen måte å stagnere fagutvikling på er å svare at kritikerne tar feil, f.eks. professor Kristian Gundersen, og hevde at han angriper TKM.

Videre har det blitt argumentert at problemene med å få TKM som vitenskap, har ikke ligget i TKM i seg selv, men i den trege utviklingen av biomedisinsk vitenskap, som gradvis utviklet verktøyet for å forstå kompleksitet (21). Det er altså ikke noe TKM-utøvere kan gjøre, siden årsaken til problemet ligger i at biomedisinsk vitenskapsutvikling går for trått. De har ikke gitt TKM en metode som er kapabel til å undersøke kompleksiteten i TKM-diagnosene.

Helhetstenkning – personlige TKM-diagnoser

Kompleksiteten det refereres til avspeiler seg i teoriene forankret i TKM. TKM-diagnosene og behandlingen er karakterisert av helhetstenkning (21). Best mulig effekt av akupunkturbehandling oppnås ved å gi en personlig tilpasset behandling dirigert av en individualisert TKM-diagnose (22).

Dersom den individualiserte diagnosen virkelig er avgjørende for behandlingseffekt, blir det svært viktig at pasienten får akkurat denne diagnosen, uavhengig av akupunktøren som diagnostiserer den.

Uenighet om diagnoser er et kjent problem innen ulike helseyrker, og det er slett ikke overraskende at det også forekommer innen akupunktur. Vi vet derfor at det forekommer diagnosevariasjon i klinisk TKM-praksis, og at det må ha forekommet så lenge vi har diagnostisert. Den individualiserte diagnosen er derfor ikke individuell for pasienten, men avhenger av akupunktøren som diagnostiserer. Følgelig, når diagnosen styrer behandlingen, og akupunktører setter ulik diagnose på samme pasient, vil behandlingen bli tilfeldig for pasienten, avhengig av akupunktøren.

Pasienter opplever å få effekt uansett hvilken akupunktør de bruker, eller til tross for «tilfeldig» behandling. Uten denne opplevelsen ville kanskje akupunktur gått tapt, men metoden har overlevd gjennom en lang historie, og spredt seg til mange land. Behandlingseffekten pasienten opplever, kan derfor bero på noe annet enn behandling av «riktig» diagnose, og følgelig er det ikke TKM-diagnose som er avgjørende for effekten. I følge Sherman et al. (2001) er ikke TKM-diagnosene viktige for behandlingseffekten (16). Akupunkturbehandling med eller uten syndromdifferensiering ga ingen forskjell, i følge en metaanalyse utført av Huijuan et al. (2012) (23). På bakgrunn av slike funn, blir det naturlig for akupunktørene å stille seg spørsmål om hvor funksjonelle disse diagnosene er. Trenger vi virkelig en TKM-diagnose for å gi en «effektiv» behandling? Dette spørsmålet har blitt stilt mange ganger gjennom historien uten at det har fått avgjørende konsekvenser for dagens praksis.

Legene Martin og Sue Allbright (24) viser en måte å unngå diskusjonen på. De er ikke overrasket over at det er liten enighet om diagnoser i studien til Birkeflet 2011, og forklarer; - TKM-patterns er patterns, ikke alle mennesker passer inn i et pattern. Derfor bruker ikke Allbright's denne tilnærmingen, men tilbyr Fem Element akupunktur, som vurderer personens egenskaper helhetlig (24). I følge Maciocia (1998, 2004) kan pattern-differensiering inkludere Fem Element teorien. Begge tilnærmingene er tuftet i TKM-teori – etter en helhetsvurdering av personen, konkluderes det i et pattern (22, 25). Allbright's forholder seg ikke til de faktiske forhold beskrevet i litteraturen. De bruker og fortolker teorien etter egen forståelse, hvilket

bidrar til variasjon. Slik argumentasjon ødelegger mer for faget enn det er til nytte, da det fremstiller TKM som uvitenskapelig.

Dr. Maggie Ju (2012) bruker en annen forklaring som tar utgangspunkt i en helhetlig forståelse. Hun understreker at ulike akupunktører mest sannsynlig vil gi akupunktur forskjellig. Det er fordi akupunktur er så individualisert at det ikke finnes enighet om den optimale behandlingen for noen tilstander. Dette dokumenteres av forskning, Birkeflet, Laake et al. 2011, som har funnet at akupunktur er så unikt at akupunktører hverken er enige om diagnoser eller behandlingsforslag (26). Ju (2012) bruker variasjon i diagnoser til å poengtere at akupunktur er unikt og individuelt.

Problematikken i dette diskuteres ikke; det lar seg f.eks. ikke gjøre å undersøke effekten av akupunktur mot Spleen deficiency, fordi akupunktører ikke er enige om at diagnosen er der. Hvilken betydning har da diagnosen?

Vitenskapeliggjøring og utvikling av TKM-diagnoser

TKM-diagnosen har gjennom tiden blitt foraktet og beskyldt for ikke å være vitenskapsbasert. Forståelse av sykdomslære var delt i kinesisk medisin (KM), og det var ulike tankeretninger som ofte var gjensidig utelukkende (21). Kinesiske tegninger av organene gjort i Song- og Yuan-dynastiene, korresponderte ofte ikke til den nøyaktige strukturen av menneskeorganer (27). Så sent som i 1922 forsvarte Yun Tieqiao at organene i KM ikke referer til «the body of flesh and blood», men var bare begreper for å kunne forstå den transformative prosessen som gir liv til kosmos. Slik klarte de å holde KM utenfor kravene fra biomedisinsk anatomi (21).

Fremdeles lever argumenter om at organer og meridianer bare er metaforer for å forstå teorien. Dette til tross for at det, fra slutten av 1800-tallet og til midten av 1900-tallet, ble understreket hvorfor objektive standarder for diagnoser og behandling er viktig. Det ble advart mot konsekvensen av å behandle sykdom under vilkår med uenighet om diagnoser og organer. Flere leger ville ha ulikt syn, gi ulik diagnose, hvilket ville føre til at folk fikk ulik behandling, og man ville heller ikke vite hvilken sykdom folk døde av. Vestlig vitenskap ønsket å etablere en ensartet, sammenhengende, universelt valid system for klassifisering, og krevde mer nøyaktighet og detaljerte beskrivelser av kroppsanatomen (21).

Et forslag var at ved å forlate kinesisk medisinske sykdomsnavn ville man fremme vitenskapelig utvikling av faget. Utøvere av KM var motstandere av forslaget. De følte at deres identitet ble truet og var redde for at effekten av klinisk praksis skulle reduseres (21). Dette er identisk med dagens forståelse. Argumentet vi bruker, at TKM må få bevare sin særegenhet – kinesisk medisin fokuserer på TKM-diagnoser og vestlig medisin på behandling av sykdom, ble dannet under denne debatten (21).

KM ville beholde egne sykdomsnavn, og kampen for autonomi startet i 1930-årene. Definisjonen av KM-diagnosene ble etablert på en slik måte at de kunne forstås som enten syndrom eller symptomer, og dermed kunne aksepteres av både KM og vestlig medisin. Vestlig medisin fokuserer på klassifisering av sykdom, men kan akseptere KM-diagnoser, mens kinesisk medisin hovedsakelig behandler KM-diagnoser, selv om de kjenner til

sykdomseksistens. Under etableringen av Peoples Republic of China (PRC) i 1949 ble denne definisjonen etter hvert aksiomatisk; det vil si, selvsinnlysende, som ikke trenger bevis (21).

Ved å forbinde KM-diagnosedifferensiering med teorien om de 8-prinsipper, lagde de et arbeidsverktøy som gjorde det mulig å samle all KM-teori under et paradigme. «Zheng differentiation and treatment determination»-paradigmet ble skapt sent i 1950-årene og begynnelsen av 1960-tallet. Slik ble KM til TKM, systematisk og «vitenskapelig» etter datidens kriterier (21).

Fra 1960-tallet og utover ble TKM-diagnosene fastslått som et fundamentalt prinsipp i TKM-praksis. Etableringen ble gjort gjennom publisering av nasjonale lærebøker i kinesisk medisin. Lærebøkene stadfestet at TKM-diagnoser og behandling av disse, er kjernen i KM. På midten av 1990-tallet ble diagnosene mer lik biomedisinske syndromer, og lærebøkene ble organisert rundt sykdommer som ble inndelt i en rekke TKM-diagnoser. TKM-diagnosene tok etter hvert form og egenskap som rene sykdomstyper. De ble definert til å være et stadium av en gitt sykdom, og representerer dermed en måte å organisere biomedisinske lidelser (21). TKM-diagnosen ble knyttet opp mot biologiske fakta for å legitimere TKM som «vitenskapelig», samtidig som den kunne spores til gamle tekster og to tusen år klinisk erfaring. TKM-diagnosene kjennetegnet KM, og i løpet av 1900-tallet ble de brukt i arbeidet med å skille TKM fra vestlig medisin (21).

I arbeidet med å tydeligere skille TKM fra vestlig medisin, å skille seg fra en reduksjonistisk forståelse, vendte kineserne seg i begynnelsen av 1950-tallet mot det vestlige filosofiske begrepet holisme (21).

Vitenskapeliggjøring gjennom holisme

Begrepet holisme er ikke opprinnelig kinesisk, men ble anvendt på KM fra 1950-tallet og utover. Det kinesiske ordet som oversettes til engelsk som holisme er zhengti guannian, ofte forenklet til zhengti guan. Zhengti kan oversettes til begrepet «wholes», og stammer fra Mao Zedong og Ai Siqi sitt arbeid. Deres interesse for «wholes» stammet fra europeisk filosofi, særlig fra Friedrich Engels. Guannian er opprinnelig et buddhistisk begrep som refererer til retningen av ens tenkning og oppmerksomhet mot et spesifikt objekt. Ordhistorien viser et sammensatt begrep fra to måter å tenke og oppfatte verden på, importert til Kina fra gamle India og moderne Europa, hvor det har fått og mistet betydninger og referanser på veien (28).

I arbeidet med å definere en plass for TKM i helsevesenet, ble det brukt Marxistisk dialektikk. Disse ideene ble sentrale for definisjonen av TKM etter dannelsen av PRC i 1949. Mao-Kina gjorde et slutt politisk trekk. Den opprinnelige praksisen med «pattern differentiation» bianzheng, ble justert. Bianzheng var et homonym – et forvekslingsord, ord som uttales og/eller skrives likt, men har ulikt opphav og ulik betydning. Bianzheng ble justert til å bli den karakteristiske egenskapen av TKM. Pattern-differensiering ble motstykket til medisinsk sykdomsdifferensiering, for å understreke TKMs egenart. TKM ble omformet fra en erfaringsbasert praksis til en vitenskapelig praksis (28).

Holisme ble brukt til å argumentere for at TKM var vitenskapelig begrunnet. TKM ble knyttet til holisme i artikler som ble publisert fra midten av 1950-tallet.

I 1959 plasserte Qin Bowei holisme som kjernen i TKM i sin lærebok; «Introduksjon til kinesisk medisin». Boken starter med diskusjon av holisme og pattern-differensiering som kjerneverdier i KM (28). I dag anerkjennes europeisk holisme knyttet til antikke tekster uten at det fornemmes noen diskontinuitet. Forskjellene mellom dem ble fjernet ved å bygge moderne holisme opp innenfor antikke tankemodeller og vice versa (28).

Den først vestlige diskusjonen om TKM som eksplisitt holistisk, stammer fra Tyskland der naturmedisin og holistisk gestaltforståelse allerede var etablert. Akupunktur var i mellomkrigsårene av interesse i Frankrike, og spredde seg til andre europeiske land, Amerika og Australia hvor den gradvis ble tilknyttet holistisk tenkning. Vesten så på TKM som holistisk og forsto holisme som integrering av kropp, sjel og ånd. De satte likhetstegn mellom TKM og kinesisk kultur, og kinesisk kultur ble dermed relatert til holisme (28).

Holisme betyr ulike ting for forskjellige mennesker, og begrepet brukes av alternativmedisinere for å skille deres praksis fra biomedisin. Holisme er ofte definert i opposisjon til reduksjonisme, men kan også sees på som komplimenterende til det. For noen er holisme strukturer for andre prosess (28).

Holisme – Apartheid – Nazisme – Hippiekultur

Begrepet holisme ble skapt i 1926 av Jan Smuts, en Sør-Afrikansk politiker. Begrepet ble dannet for å beskrive evolusjonsprosessen mot dannelsen av heler. Helheten ble definert som mer enn summen av delene. Dette er kulturell holisme, som forsvarte utviklingen av apartheid i Sør Afrika (28).

I Weimar-Tyskland, under nazismen, ble holistisk vitenskap en vanlig akademisk retning, en blanding av streng vitenskapelig forskning og kulturpolitikk. Holistisk overbevisning ble populær i mellomkrigsårene blant akademikere og spredde seg til England og USA (28).

Holismen fra Weimar-Tyskland hadde greiner til hippiebevegelsen og til etableringen av Esalen Instituttet i California i 1961. Esalen-miljøet forsøkte å syntetisere spiritualitet, mystisisme og vitenskap, og hadde en indirekte påvirkning på utviklingen av TKM i vesten (28). I Kina begynte unge tenkere som var kjent med de siste vestlige filosofier å anvende holisme som et verktøy for å forstå verden, og for å utvikle motstandsstrategier for vestlig imperialisme (28).

Kinesere hadde sett på forholdet mellom menneske og naturen gjennom en helhetlig forståelse. Fra 6-700 tallet var de inspirert fra indisk buddhistisk tankegang, som forstod at mennesket var en integrert del av naturen, alt henger sammen og korresponderer med hverandre. De la imidlertid ikke vekt på å studere naturen objektivt, men brukte intuisjon og mente de kunne løse naturens mysterier gjennom å få glimt av sunn fornuft og innsikt (29). Kina var tuftet på mystikk og symboler, og gamle tekster (30, 31). Denne verdensanskuelse fungerte ikke til alle tider på alle områder.

Modernisering og logikk

Grunnen til at Mao startet med sin modernisering og vitenskapeliggjøring var Kinas nederlag i den sino-japanske krigen i 1894-1895. Vesten hadde lyktes, mens Kina

mistet autoritet og selvbildet (30, 31). Den europeiske vitenskapen kunne skaffe nye måter å løse spørsmål i tro og politiske prosesser (30-32). Antikke Kina hadde ikke utviklet vitenskap og manglet vitenskapelig teori og metode for å undersøke det fysiske univers. Manglende systematisk og analytisk metode har forsinket Kinas vitenskapsutvikling (29).

Vestlig kultur søkte sannhet som det høyeste mål, det krever kognitiv metode som legger vekt på logisk resonanement og analyse. Logikk ble aldri utviklet som vitenskap i Kina (29). Jesuittene forsøkte å innføre logikk, men kineserne ignorerte den (30-32), og logikk ble først integrert i kinesisk begrepsrom på 1900-tallet. Hensikten med å innføre logikk i Kina var å bidra til vitenskapelig fremgang (30, 31). Logikk hadde gjort det mulig for vestlige land å oppnå velstand og makt, og politikk hadde blitt en vitenskap. Kina hadde lidd nederlag og deres politikk og tenkning var forankret i antikke Konfutsianske klassikere. Disse manglet logisk stringens og definisjoner og var fulle av tvetydigheter. Logikk kunne brukes som metodegrunnlag for å gå bort fra den gamle doktrinen og sikre en viss pålitelighet i politiske, moralske og spirituelle forskrifter. Meningen med hvert ord måtte defineres nøyaktig og avgrenses uten å gi tvil, slik at man kunne snakke om det samme (30, 31). (Jmf. diagnoser.)

En utfordring for å oppnå nøyaktige definisjoner ligger i det kinesiske språket. Kinesiske karaktertegn har problemer med klart og tydelig å definere om ordet er et substantiv, verb eller adjektiv, dette må fortolkes av sammenhengen i setningen. Det er også mangler i grammatikk. Dette gjør at beskrivelser av ting kan bli tvetydige, hvilket har preget litteratur og oversettelser (30, 31). Problemer med språk, oversettelser og feiltolk-

ninger førte til at lærebøker i TKM kunne inneholde feil. Språkproblemer ble utnyttet kommersielt. Innholdet i originalarbeider ble mikset og matchet til å lage mange forskjellige bokutgaver (32).

Kulturbakgrunn, fortidens krav til vitenskapelige metoder, bruk av logikk og språkets egenart, vil ha innvirket på hvordan TKM ble formulert. TKM er Kinas stolte kulturarv og det er vanskelig å endre på et grunnleggende fundament. Likevel er det en nødvendighet for oss å kvalitetssikre det helsetilbudet vi gir i vårt samfunn, og å tilpasse tradisjonell medisin etter dagens krav til medisinsk forståelse og behandling. Dette er nødvendig dersom akupunktur forankret i TKM skal bli en profesjon.

Konklusjon

TKM-diagnosene oppstod i Mao-Kina. Helhetstenkningen i TKM er inspirert fra europeisk holisme og vevd inn i antikke ideer. TKM har gjennom tidene vært kritisert, kritikken har blitt ignorert og trenert for å bevare TKM. Dette medfører en treg fagutvikling. I vår tid med krav til evidensbasert medisin gjør dette faget sårbart og gir rom til at andre yrkesgrupper uten TKM-forankring kan overta akupunkturbehandling. Dersom faget skal utvikles og bevares må TKM håndtere kritikk på en akademisk måte. TKM-diagnosenes betydning trenger revurdering.

Fagmiljøet; foreningen og skolen, må tydeliggjøre hvordan de forholde seg til kunnskap om at TKM-diagnoser har liten reliabilitet. Hvordan skal dette påvirke utdanning og generell forståelse blant akupunktører? Hva skjer når annet helsepersonell legaliserer sin triggerpunktsbehandling på bakgrunn av at TKM-diagnoser ikke har relevans? □



Foto: istockphoto

Litteraturliste til kronikk side 14

1. Haavik J. *Hva er en diagnose?* Innsikt 2012;17(3).
2. Stuardi T. *The Relative Importance of Traditional Chinese Medicine Diagnosis & Treatment Individualisation as Seen Through a Study on Irritable Bowel Syndrome* [Doctor of Philosophy]. University of York: University of York; 2011.
3. Birkeflet O. *Acupuncture diagnoses and treatment recommendations for infertile and fertile women. A study of inter-rater reliability on diagnosis and treatment recommendaton, and an examination of the distribution of acupuncture diagnoses in infertile and fertile women.* Oslo, Norway: University of Oslo; 2016.
4. Birkeflet O, Laake P, Vøllestad N. *Low inter-rater reliability in traditional Chinese medicine for female infertility.* Acupunct Med. 2011(Published online January 18, 2011 in advance of the print journal.):1-7.
5. Birkeflet O, Laake P, Vøllestad N. *Traditional Chinese medicine patterns and recommended acupuncture points in infertile and fertile women.* Acupunct Med. 2012;30(1):12-6.
6. Birkeflet O, Laake P, Vøllestad N. *Poor multi-rater reliability in tcm pattern diagnoses and variation in the use of symptoms to obtain a diagnosis.* Acupunct Med. 2014; Online First.
7. Grant S, Schnyer R, Hsu-Tung Chang D, Fahey P, Bensoussan A. *Interrater Reliability of Chinese Medicine Diagnosis in People with Prediabetes.* Evidence-based Complementary and Alternative Medicine. 2013;2013:1-8.
8. Hogeboom CJ, Sherman KJ, Cherkin DC. *Variation in diagnosis and treatment of chronic low back pain by traditional Chinese medicine acupuncturists.* Complement Ther Med. 2001;9(3):154-66.
9. Hua B, Abbas, Hayes A, al. e. *Reliability of Chinese Medicine Diagnostic Variables in the Examination of Patients with Osteoarthritis of the Knee.* J Altern Complement Med. 2012;18(11):1-10.
10. Kim M, Cobbin D, Zaslowski C. *Traditional Chinese Medicine Tongue Inspection: An Examination of the Inter- and Intrapractitioner Reliability for Specific Tongue Characteristics.* The journal of alternative and complementary medicine. 2008;14(5):527-36.
11. King E, Cobbin D, Ryan D. *The reliable measurement of radial pulse: Gender differences in pulse profiles.* Acupuncture Med. 2002;20:160.
12. Lee JA, Ko MM, Kang B-k, Alraek T, Birch S, Lee MS. *Interobserver Reliability of Four Diagnostic Methods Using Traditional Korean Medicine for Stroke Patients.* Evidence-based Complementary and Alternative Medicine. 2014;2014:1-7.
13. MacPherson H. *Acupuncture for low back pain: traditional diagnosis and treatment of 148 patients in a clinical trial.* Complementary therapies in medicine. 2004;12(1):38-44.
14. Mist S, Ritenbaugh C, Aickin M. *Effects of Questionnaire-Based Diagnosis and Training on Inter-Rater Reliability Among Practitioners of Traditional Chinese Medicine.* J Altern Complement Med. 2009;15(7):703-9.
15. O'Brien K, Abbas E, Zhang J, al. e. *Understanding the Reliability of Diagnostic Variables in a Chinese Medicine Examination.* J Altern Complement Med. 2009;15(7):727-34.
16. Sherman KJ, Cherkin DC, Hogeboom CJ. *The Diagnosis and Treatment of Patients with Chronic Low-Back Pain by Traditional Chinese Medical Acupuncturists.* J Altern Complement Med. 2001;7(6):641-50.
17. Sung JJY, Leung WK, Ching JYL. *Agreements among traditional Chinese medicine practitioners in the diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome.* Aliment Pharmacol Ther. 2004;20:1205.
18. Tang W, Lam M, Leung W, Sun W, Chan T, Ungvari GS. *Traditional Chinese Medicine diagnoses in persons with ketamine abuse.* Journal of traditional Chinese medicine. 2013;33(2):164-9.
19. Zhang G, Lee W, Bausell B, al e. *Variability in the Traditional Chinese Medicine (TCM) Diagnoses and Herbal Prescriptions Provided by Three TCM Practitioners for 40 Patients with Rheumatoid Arthritis.* J Altern Complement Med. 2005;11(3):415-21.
20. Zhang GG, Singh B, Lee WL. *Improvement of agreement in TCM diagnosis among TCM practitioners for persons with the conventional diagnosis of rheumatoid arthritis: Effect of training.* J Altern Complement Med. 2008;14:381.
21. Scheid V. *Convergent Lines of Descent: Symptoms, Patterns, Consellations, and the Emergent Interface of Systems Biology and Chinese Medicine.* East Asian Science, Technology and Society: An International Journal. 2014;8:107-39.

22. **Maciocia G.** *The Foundations of Chinese Medicine. A Comprehensive Text for Acupuncturists and Herbalists.* London: Churchill Livingstone; 1989 1989.
23. **Huijuan C, Bouchier S, Liu J.** *Does Syndrome Differentiation Matter? A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials in Cochrane Reviews of Acupuncture.* Medical Acupuncture. 2012;24(2):68-76.
24. **Allbright MA, Sue.** *Classical Acupuncture* http://www.doctoracupuncture.co.uk/acupuncture_infertility_fertility_women.html: Allbright, Martin and Sue; 2017 [cited 2017 09.01.17.]. Available from: http://www.doctoracupuncture.co.uk/acupuncture_infertility_fertility_women.html.
25. **Maciocia G.** *Diagnosis in Chinese Medicine A Comprehensive guide.* London: Churchill Livingstone; 2004 2004.
26. **Ju M.** *How much acupuncture treatment is adequate?* London: Blogg; 2012 [updated 03.08.12.; cited 2017 04.01.17.]. Blogg]. Available from: <file:///C:/Users/Oddveig/Documents/Artikler%20som%20referer%20mitt%20studie/how-much-acupuncture-treatment-is.html>.
27. **Karchmer EI.** *The Excitations and Suppressions of the Times: Locating the Emotions in the Liver in Modern Chinese Medicine.* Cult Med Psychiatry. 2013;37(1):8-29.
28. **Scheid V.** *Holism, chinese Medicine and Systems ideologies: Rewriting the Past to Imagine the Future.* 2016. In: The Edingburg Companion to the Critical Medical Humanities [Internet]. Edinbutgh: Edinburg University Press. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379261/?report=reader>
29. **Li M.** *Epistemological Reasons for Lack of Science in Ancient China.* Open Journal of Social Sciences. 2015;3(9):4.
30. **Kurtz J.** *The Discovery of Chinese Logic.* Boston: Brill; 2011. 471 p.
31. **Scheid V.** *Convergent Lines of Descent: Symptoms, Patterns, Constellations, and the Emergent Interface of Systems Biology and Chinese Medicine.* East Asian Science, Technology and Society. 2014;8:32.
32. **Elman BA.** *On Their Own Terms. Science in China, 1550-1900.* London: Harvard University Press; 2005.

Mottar du ikke e-post?

Årsaken til dette kan være at vi ikke har din riktige e-postadresse.

Dersom dere har endret/endrer e-postadresse så husk å gi oss beskjed, eller logg dere inn på www.akupunktur.no, Min side og gjør endringene selv.

Det meste av informasjon fra Akupunkturforeningen sendes på e-post, derfor er det viktig at dere oppdaterer endringer.

For at dere skal få logget dere på Medlems-siden må e-postadressen dere anvender som passord være registrert hos oss.

Akupunkturforeningen
Tvetenveien 152, 0671 Oslo
telefon 22 41 78 88
www.akupunktur.no

Pharma West as
HELSEKOST | AKUPUNKTUR | VELVÆRE

- Kinesiske kvalitetsnåler
- CE / ISO-TÜV / FDA

10% rabatt for aku-foreningen
(rabattkode: aku10)

25 år
2016

Pharma West AS har importert og distribuert akupunkturnåler siden 1991. Nålene blir produsert ved en av Kinas eldste og mest tradisjonsrike fabrikker. Velkjent blant mange akupunktører i Norge.

WWW.PHARMAWEST.COM