

VETENSKAP  
OCH BEPRÖVAD  
ERFARENHET  
HÄLSORÅD





VETENSKAP  
OCH BEPRÖVAD  
ERFARENHET  
HÄLSORÅD

ISBN 978-91-983575-9-2

© VBE-programmet och författarna

Grafisk form Johan Laserna

Tryckt av Media-Tryck, Lunds universitet, Lund 2020

## Innehåll

Förord	9
<b>NILS-ERIC SAHLIN</b>	
Komplementär och alternativ medicin	17
<b>KJELL ASPLUND</b>	
Oombedda hälsoråd	27
<b>JOHAN BRÄNNMARK</b>	
Akupunktur Aktiv smärtlindring eller teatralisk placebo?	37
<b>DAN LARHAMMAR</b>	
Kost- och hälsorådens tyranni	47
<b>FREDRIK STJERNBERG</b>	
Sommartidsfrågan	57
<b>LENA WAHLBERG</b> <b>ANNIKA WALLIN</b>	
Medverkande	67









## Förord

Detta är den tionde och näst sista skriften i forskningsprogrammet Vetenskap och beprövad erfarenhets (VBE:s) skriftserie om begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet.\*

Vi har i tidigare böcker undersökt detta begrepps förekomst och funktion inom en rad ganska artsilda områden, exempelvis medicin, juridik, skola, miljö, politik, socialtjänst, vård och tandvård. Fokus har legat på begreppets roll i lagar och regleringar och hur begreppet påverkar vårt beslutsfattande.

Som patient skall man få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den vård vi får skall vara säker och den skall ha effekt.

\* Vetenskap och Beprövad Erfarenhet – VBE – är ett forskningsprogram som startade 1 januari 2015. Programmet finansieras av Riksbankens jubileumsfond och är internationellt och flervetenskapligt. Deltagarna i programmet representerar Lunds universitet, Linköpings universitet, Malmö universitet och Formas i Sverige, Carnegie Mellon University, University of Southern California och Harvard Medical School i USA, och knyter samman forskare från områdena filosofi, psykologi, kognitionsvetenskap, juridik, medicin och företagsekonomi.

Det går att läsa om VBE-programmets forskare på <http://www.vbe.lu.se>.

Hur är det med de hälsoråd vi får, skall de också vara av god kvalitet, vara säkra och ha effekt om vi följer dem? Patientsäkerhetslagen (2010:659) 6 kap. 1 § säger att "Hälsö- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet". Om rådgivning är arbete i patientsäkerhetslagens mening skall de råd vi får av hälso- och sjukvården stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Och nog verkar det som om rådgivning inom hälso- och sjukvården bör räknas som arbete: det är ju inte bara arbete utan många gånger ett väldigt viktigt arbete. Men om de råd vi får alltid ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet är givetvis en helt annan sak – en spännande empirisk fråga.

Alla hälsoråd kommer inte från hälso- och sjukvården. Det finns många som vill tala om för oss hur vi skall leva våra liv. När vi planerade denna skrift var det områden som akupunktur, alternativ och komplementär medicin, amning och hälso-kost som inspirerade oss till eftertanke. Vi lägger årligen avsevärda summor på vår hälsa. Vi lyssnar till råd av alla de slag och från många källor, men när vi verkligen granskar de rekommendationer vi får står de inte alltid i överensstämmelse med vare sig vetenskap eller beprövad erfarenhet. Det finns mycket humbug. Ibland verkar den enda verkligt beprövade erfarenhet vi har vara att hälsoråd säljer.

I mars 2014 började ett utbrott av ebolafeber i Västafrika och flera länder drabbades hårt. Utbrottet pågick under två år och man beräknar att lite drygt 11 000 människor dog. En av

detta forskningsprogramms forskare, Baruch Fischhoff, genomförde 2015 tillsammans med några kolleger en kartläggning av vad den amerikanska befolkningen tänkte om sjukdomen<sup>1</sup>. I undersökningen fick 3 447 slumpmässigt utvalda amerikanska medborgare frågor om sina attityder, beteenden och riskbedömningar. Det visade sig bland annat att de tillfrågades bedömningar inte stod i konflikt med den vetenskapliga kunskapen och att deras bedömningar var motsägelsefria och kunde kvantifieras. Undersökningen visade också att det de tillfrågade mest av allt ville ha i en situation av detta slag var fakta. De vill ha "fakta, inte spinn", för att citera Fischhoff. De tillfrågade ville inte att kunskapsläget presenterades på ett direkt felaktigt eller förskönat sätt. De ville ha fakta även om det de fick veta gjorde dem oroliga.

Idag står vi mitt uppe i en pandemi. Covid-19 sprider sig över världen. Den 16 januari rapporterar Folkhälsomyndigheten (alla citat är från nyhetsarkivet på myndighetens hemsida) att i "Kina har ett nytt coronavirus upptäckts bland människor som besökt en marknad i staden Wuhan". Information ges om vilken virusfamilj det tillhör, och man förklarar att det inom familjen finns både virus som ger milda infektioner och sådana som kan ge allvarigare symtom. "Det finns ännu inga säkra bevis för överföring från människa till

---

1. Fischhoff, B, Wong-Parodi, G, Garfin, DR, Holman, EA, Silver, RC. Public Understanding of Ebola Risks: Mastering an Unfamiliar Threat. Risk Analysis, 38(1):71–83, 2018.

människa.” Och risken för att smittan sprids till Sverige bedöms vara mycket låg.

Den 13 februari informerar Folkhälsomyndigheten om att ”Kina är det land där smittspridningen pågår. I Sverige behöver man inte vara orolig för att bli smittad, eftersom vi inte har någon spridning i landet.” Och så understryks att ”[e]xakt hur smittsamt viruset är och hur mycket sjukdom som det orsakar vet man fortfarande inte helt säkert.”

Den 25 februari bedömer Folkhälsomyndigheten att risken är hög för att personer upptäcks i Sverige som smittats av det nya coronaviruset utomlands, men säger samtidigt att det fortsatt är låg risk för allmän spridning. De listar ett antal belägg för sin bedömning, belägg av olika slag och som stöder olika hypoteser: riskminskning, oförändrad risk och en riskhöjning.

Den 1 mars läser vi att ”Folkhälsomyndigheten bedömer att avstängning av friska skolbarn inte är en effektiv åtgärd. Det är osannolikt att friska barn skulle orsaka smittspridning.” Och det betonas att det saknas vetenskapliga belägg för att skolstängningar skulle minska risken för smittspridning.

Dagen efter uppdaterar Folkhälsomyndigheten sin riskbedömning för covid-19 i Sverige. Detta görs i ljuset av nya fakta som tillkommit.

När detta skrivs, i slutet av mars, är situationen helt annorlunda. Vi har en inhemsk smittspridning. Vi har 4 000 bekräftade fall av covid-19 och av dem har 146 avlidit. Drygt 300 personer har behövt intensivvård. Varje dag hålls en press-

träff där berörda myndigheter rapporterar om det aktuella läget.

En inte alltför djärv gissning är att när vi kommit igenom denna kris kommer forskare att stå i kö för att få granska hur krisen hanterats av olika myndigheter och våra politiker. Det som imponerat på mig är Folkhälsomyndighetens grundmurade tro på vetenskap och beprövad erfarenhet. På sin hemsida och under pressträffarna har de gett oss fakta, och de har talat om för oss när vetenskaplig kunskap och/eller beprövad erfarenhet finns respektive saknas, och hur robust denna kunskap är. Det har gett oss belägg som talar både för och emot olika åtgärder och hypoteser. De har betonat att man inte bör klamra sig fast vid ett enskilt stycke information. Det viktiga, har de framhållit, är att i dessa situationer värdera och väga samman den information man har till en helhet. Och de har understrukt behovet av att dela med sig av kunskap, inte bara inom och mellan myndigheter utan globalt. Hur skall man annars kunna vederlägga felaktiga uppfattningar?

Min gissning är att respondenterna i Fischhoffs studie skulle ha varit mycket nöjda med denna typ av information. Folkhälsomyndigheten har genom sin ärlighet och sitt fokus på vetenskap och beprövad erfarenhet skapat tilltro och tillit. Fischhoff säger i en intervju om covid-19 apropå hur myndigheterna bör agera:<sup>2</sup>

---

2. <https://www.post-gazette.com/news/health/2020/03/08/CMU-expert-In-times-of-crisis-people-don-t-want-spin-they-want-facts-stories/202003080075?cid=search>

They should just be giving us the facts so they're not biasing one way or the other. And they should put us in a position where we trust them so we're not feeling we were duped into doing something that's not right. If you feel like you were duped, that's also a source of stress.

I intervjun från vilken citatet ovan är hämtat säger Fischhoff också:

[Politicians] are often terrible communicators in places where the facts matter. Because they're accustomed to leading by symbolic manipulation, things that they can spin. And you can't spin these facts if something gets out, or people are getting sick.

Men här finns nog skäl att titta närmare på vad som hänt i Sverige. Även om jag inte har hela bilden klar för mig och distans till vad som inträffat krävs för att klarare se vad som har hänt får man väl ändå säga att våra svenska politiker imponerat. De har lyssnat på fackkunskapen och låtit fakta snarare än spinn styra deras beslutsfattande.

Men spinn har tyvärr inte saknats.

Den 14 mars stänger Danmark sina gränser mot omvärlden. Chefen för Danmarks folkhälsomyndighet uttalar sig och säger att beslutet att stänga gränserna är ett politiskt beslut. Det finns inga vetenskapliga svar på vilka konsekvenser stängningen får. Danmark väljer i denna situation, skulle man kanske kunna säga, spinn framför fakta, politiska muskler framför vetenskap och beprövad erfarenhet.

I en ledare i Dagens nyheter publicerad den 13 mars kan man läsa: "Stäng ned Sverige för att skydda Sverige." Det hävdas att "Sverige [...] tyvärr redan förlorat viktig tid på grund av Folkhälsomyndighetens senfärdiga agerande och felaktiga bedömning av läget." Man kräver att "statsministern [skall] kliva fram, helst tillsammans med de andra partiledarna, och fatta öppna, tydliga och verkningsfulla beslut som inger förtroende och gör direkt skillnad."

Att DN är en tidning med stark röst råder det inget tvivel om, men om man hörs högt och tydligt kan det finnas anledning att grunda vad man publicerar på fakta. Enligt Danmarks folkhälsomyndighet finns inte de vetenskapliga svaren, en faktabaserad åsikt som Folkhälsomyndigheten i Sverige uppenbarligen har delat. Ödmjukhet inför det egna kunskapsunderlagets stabilitet är i dessa sammanhang en dygd.

Spinn är farligt, oavsett om avsändaren är politiker, journalist eller privatexpert. Låt oss fokusera på att ge råd som står i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.





# Komplementär och alternativ medicin

KJELL ASPLUND

Denna artikel bygger i huvudsak på observationer, dialoger och litteraturgenomgångar i samband med en statlig utredning om komplementär och alternativ vård som jag ledde och som redovisats i två betänkanden (1, 2). Texten har i mycket hämtats från betänkandena, där också omfattande referenslistor finns. Utredningen använde följande termer och definitioner:

*Hälso- och sjukvård* är den vård som utförs av yrkesutövare som står under IVO:s tillsyn och som antingen har vetenskaplig evidens eller stöds av beprövad erfarenhet bland professionerna inom hälso- och sjukvården (i enlighet med patientsäkerhetslagens definitioner).

Med *komplementär och alternativ medicin (KAM)* avses hälso- och sjukvårdsrelaterade metoder och andra åtgärder som helt eller huvudsakligen tillämpas utanför hälso- och sjukvården. Ibland används begreppet *komplementär och alternativ vård* för den praktiska tillämpningen av KAM-metoder. När en patient/brukare använder KAM-metoder samti-

digt med hälso- och sjukvård är vården *komplementär*, annars *alternativ*.

## Vetenskap och beprövad erfarenhet

Hela denna skriftserie om vetenskap och beprövad erfarenhet (VBE) utgår från att VBE inte definierats i vare sig lagar eller propositioner, även om begreppet används i lagstiftningen. I diskussioner kring KAM är det vanligt att förespråkarna vill vidga både vad som ska accepteras som vetenskapligt underlag och vad som ska räknas som beprövad erfarenhet.

Ofta växer vetenskap och beprövad erfarenhet fram i samverkan – de som analyserat begreppen har talat om ”pardans”. När en behandlingsmetod är ny kan det vara så att den bygger på vetenskapligt underlag, till exempel från prekliniska studier och kliniska prövningar, men att bredare beprövad erfarenhet saknas. Allteftersom metoden får genomslag i klinisk praxis ökar erfarenheterna av hur den bäst används, vilka effekterna är i dagligt bruk och vilka biverkningar som kan uppträda.

Inom hälso- och sjukvården finns en lång rad exempel på otakt i pardansen. Många metoder har svag vetenskaplig grund, men det finns omfattande beprövad erfarenhet och det finns en rimlig förklaring till att metoden skulle vara till nytta. Andra metoder kan ha införts på teoretisk eller icke-klinisk vetenskaplig grund, och först senare har kliniska

studier bekräftat att de är effektiva (eller funnit dem ineffektiva).

Medicinhistorien är fylld av exempel på vetenskapliga studier som inte kunnat bekräfta nyttan med det som man dittills betraktat som beprövad erfarenhet. Inte sällan visar sig de skadliga effekterna av en ”beprövad” metod överväga nyttan. Klassiska exempel är lavemangskurer och blodtappning i olika varianter, en gång i sjukvårdens mittfåra, idag alternativmedicinska metoder.

### Finns rimliga förklaringar?

Mycket av kritiken mot KAM handlar om två huvudfrågor: Finns rimliga förklaringar? Är det vetenskapliga underlaget tillräckligt?

Med *rimlighet (plausibilitet)* avses vanligen förklaringar som har sin grund i allmänt accepterad biofysik, biokemi, fysiologi eller psykologi.

KAM-kritiker brukar ge några särskilt tydliga exempel på vad de anser vara metoder utan rimlig förklaring. Det rör sig om homeopati, healing på distans, reinkarnationsterapi, irisdiagnostik m.m. Kritiker brukar också avfärda de grundläggande förklaringsmodeller som bygger på teorier om individers samspel med universum och metaller (finns exempelvis inom antroposofisk medicin). Särskilt omdiskuterade är de många terapier som syftar till att påverka energicentra och energiflöden. Här finns traditionella system som ayur-

veda och kinesisk medicin (inklusive akupunktur), men även mer sentida system och metoder som naturopati, antroposofisk medicin, kristallterapi, frekvensmedicin och bioresonans. Kritikerna menar att det saknas vetenskapligt belägg för att det finns särskilda livskrafter (med olika benämningar som vitalenergi, qi, chakra etcetera) som skulle flöda i kanaler eller meridianer, då dessa inte motsvaras av kända anatomiska strukturer eller fysiologiska mekanismer och saknar stöd i grundläggande fysikaliska lagar.

När man bedömer rimligheten måste man fråga: i förhållande till vad? I läroböcker och vetenskapliga artiklar inom KAM-området hänvisas inte sällan till faktorer som kvantteori, kvantfysik, kvantbiologi, kaosteori, relativitetsteori, fraktaler etcetera. Men jag måste erkänna: Det är påfallande svårt att begripa hur sådana faktorer i praktiken hänger samman med effekterna av olika KAM-metoder. När vi i den statliga KAM-utredningen hade dialoger med KAM-förespråkare mötte vi ofta uppfattningen att kraven på rimlighet är uttryck för en föråldrad och inskränkt syn på hälsa och vetenskap. Å andra sidan talade KAM-kritiker istället om att KAM-utövare med det myckna talet om sådant som börjar på *kvant* vill märkvärdigisera och mystifiera sina verksamheter och att de relativiserar vad som är kunskap.

Samtidigt ska det sägas att man även inom evidensbaserad medicin (EBM) brukar tona ner betydelsen av trovärdiga mekanismer bakom att en viss terapi skulle fungera. Man fäster mindre avseende vid om laboratorievärden påverkas

(ofta kallas de intermediär- eller surrogatutfall) än om sådana utfall som är viktiga för patienten påverkas – risken att insjukna, överlevnad, symtom, funktion och livskvalitet. Här har förespråkare för evidensbaserad medicin och förespråkare för KAM i viss utsträckning samma syn på vilka utfall som är viktiga för att bedöma om en terapi är effektiv eller inte. En viktig skillnad kvarstår dock när det gäller synen på rimlighet. Även om det inte är kartlagt exakt hur en terapi fungerar, så kan inte de underliggande teorierna för en terapi eller ett terapeutiskt system stå i strid med naturens grundlagar, menar KAM-kritiker. Det finns svenska filosofer som har föreslagit att begreppet *vetenskap och beprövad erfarenhet* bör inbegripa ett rimlighetskriterium.

Några terapier med ursprung i ett tänkande främmande för västerländsk vetenskap har visat sig vara effektiva i vetenskapliga studier. Ett av de vanligaste exemplen är läkemedlet artemisinin mot malaria, vilket har sitt ursprung i traditionell kinesisk medicin och vars verkningsmekanismer fortfarande är ofullständigt kända. Här finns dock omfattande preklinisk och klinisk forskning, och utvecklingen av läkemedlet (genom att den aktiva substansen renades fram ur örtmedicinen) har belönats med Nobelpris.

### Vetenskapligt stöd

Mycket av kritiken mot KAM brukar vara inriktad på att vetenskapligt stöd saknas eller är bristfälligt. Ofta handlar det inte

om att studier saknas. En genomgång 2015 fann t.ex. 176 kliniska studier där homeopati utvärderats vid 61 olika tillstånd. Antalet kliniska studier av akupunktur har beräknats till över 3 000, publicerade från 1970-talet och framåt. Men resultaten är omstridda, dels för att man inte kan enas om vilka studier som håller tillräcklig vetenskaplig kvalitet, dels för att det ofta är svårt att skilja specifika effekter från ospecifika (exempelvis rena placeboeffekter).

När den vetenskapliga litteraturen bedöms enligt den evidensbaserade medicinens kriterier är det vanliga att evidensstyrkan hos olika KAM-metoder bedöms som otillräcklig. Några av orsakerna är:

- de studier som genomförts är för små för att tillåta säkra slutsatser
- det saknas jämförelsegrupp, eller också är behandlings- och kontrollgrupperna inte jämförbara när studien inleds
- det finns stort utrymme för ospecifika effekter, svåra att skilja från metodens specifika effekter
- resultaten från olika studier är alltför heterogena för att man ska kunna dra säkra slutsatser

Det är inte överraskande att många KAM-förespråkare (liksom vissa medarbetare i hälso- och sjukvården) är starkt kritiska till hälso- och sjukvårdens fokus på vetenskaplig evidens enligt EBM-modellen med dess hierarki av olika typer av vetenskaplig evidens. KAM-förespråkarna framhåller ofta

att EBM baseras på en överdriven tilltro till empirisk kunskap och att EBM driver fram en fragmenterad syn på personer med ohälsa. EBM-ansatsen är inte förenlig med en holistisk människosyn och den är därför inte lämpad för utvärdering av de holistiska terapeutiska system och behandlingsmetoder som KAM-området representerar, menar de.

En central fråga när det vetenskapliga stödet för en metod ska bedömas är: Vilken typ av effekter ska vara avgörande? Det svenska samlingsbegreppet *effektivitet* motsvaras i engelsk terminologi av två begrepp: *efficacy* och *effectiveness*. *Efficacy* är effekten av en behandling under optimala betingelser. Den baseras i regel på resultaten av kontrollerade kliniska prövningar eller laboratoriestudier. *Effectiveness* är effekterna av en behandling i klinisk vardagspraxis. Den mäts i s.k. pragmatiska kliniska studier eller i observationsstudier baserade på t.ex. kvalitetsregister. *Effectiveness* påverkas av en rad yttre faktorer utöver metodens specifika effekter – dit hör till exempel i vad mån patienten faktiskt håller sig till rekommenderad behandling, vårdpersonalens engagemang och skicklighet och om metoden tillämpas på andra patientgrupper än den ursprungligen var utprovad för. *Effectiveness* är därför ofta ett mer svårtolkat utfall än *efficacy*.

Man behöver inte se *efficacy* och *effectiveness* som motsatta aspekter av effektivitet. Snarare kompletterar de varandra. Likaså kompletterar kontrollerade kliniska prövningar och observationsstudier varandra. Det är av betydelse att metoden i sig har gynnsamma nettoeffekter och att dessa är



belagda i vetenskapliga studier av god kvalitet. Men lika viktigt är att det i observationsstudier går att belägga att metoden fungerar i daglig klinisk praxis.

Så om en del KAM-förespråkare finner att den typ av bedömningar av vetenskapligt underlag som idag är förhärskande inom hälso- och sjukvården, i Sverige och internationellt, inte är acceptabel, vilka skulle alternativen vara?

Ofta talar KAM-förespråkarna om behovet av *vetenskaplig pluralism*. De vill tona ner kraven på rimliga förklaringar och pläderar för större öppenhet för helt nya förklaringsmodeller. De påpekar att forskningsmetoden måste anpassas till frågeställningen, särskilt när komplexa interventioner studeras. Denna uppfattning är inte kontroversiell i akademiska sammanhang, så länge den forskningsmetod man väljer tillåter att en hypotes faktiskt kan prövas.

Vissa KAM-proponenter menar att det inte bör råda någon hierarki mellan olika typer av vetenskapliga studier. Evidens kan komma från observationsstudier, fallstudier, kvalitativa studier och kontrollerade kliniska prövningar. Jag skulle beskriva sättet att väga samman de olika typerna av evidens som eklektiskt. Denna ansats är medicinhistoriskt intressant – läser man äldre klinisk vetenskaplig litteratur domineras den av fallskrivningar. När sedan de kontrollerade kliniska prövningarna kom fick man mönstra ut många av den tidens terapier – de hade inga eller alltför små specifika effekter eller visade sig vara alltför belastade med biverkningar.

## Beprövad erfarenhet

Erfarenhet från praktisk hälso- och sjukvård är förstås centralt i begreppet *beprövad erfarenhet*, men från filosofiskt och juridiskt håll har man också påpekat att allvaret i prövningen måste vägas in. Det innebär bl.a. att kartläggningar av vad som är beprövad erfarenhet i Sverige bör ske på ett systematiskt sätt. För att avgöra om det finns samsyn kring en åtgärd eller inte (konsensusförfarande) använder Socialstyrelsen numera enkäter bland paneler som består av yrkesverksamma i vården med relevant erfarenhet.

Kan begreppet *beprövad erfarenhet* användas inte bara inom hälso- och sjukvården utan lika gärna inom komplementär och alternativ vård? Det hävdar KAM-förespråkarna. Och då, menar de, är det inte hälso- och sjukvårdspersonalens bedömningar som ska räknas utan KAM-utövarnas och deras klienters erfarenheter. Det finns invändningar mot detta synsätt, åtminstone om det gäller KAM-metoder som det är aktuellt att anamma i hälso- och sjukvården och som ska finansieras med offentliga medel. Patientsäkerhetslagen är riktad till hälso- och sjukvården och dess personal, och därför får begreppet *beprövad erfarenhet* anses avse den erfarenhet som hälso- och sjukvårdens medarbetare har om en KAM-metod skulle vara aktuell att införas i hälso- och sjukvården.

Erfarenheterna från vår utredning är att kritisk granskning av de egna verksamheterna knappast är något som utmärker

KAM-området. Så till exempel framhåller man ofta att terapin är verksam vid ett mycket brett spektrum av ohälsotillstånd och att biverkningar knappast alls förekommer. Bland de många utövare vi hade kontakt med fanns inga som, oavsett vilken KAM-terapi det gällde, ifrågasatte att det fanns gott stöd i beprövad erfarenhet. Ett intressant exempel på att beprövad erfarenhet inom KAM-området faktiskt kan ha stöd från en myndighet är bestämmelserna kring så kallade traditionella växtbaserade läkemedel. Läkemedelsverket godkänner ett sådant preparat för registrering om effekt och säkerhet stöds av att produkten har haft traditionell användning under minst 30 år, varav minst 15 år inom EU.

## Referenser

- Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog. Delbetänkande av KAM-utredningen. SOU 2019:15.
- Komplementär och alternativ medicin och vård – ny lagstiftning. Slutbetänkande av KAM-utredningen. SOU 2019:28.

# Oombedda hälsoråd

JOHAN BRÄNNMARK

Inom den kantianska traditionen skiljer man mellan två typer av imperativ eller uppmaningar, kategoriska respektive hypotetiska. En kategorisk uppmaning utgår inte från vad vi själva råkar vilja, utan anger rakt av *gör så här, bara gör det*, medan en hypotetisk uppmaning har strukturen *om du vill åstadkomma det där, gör då så här*. De främsta exemplen på kategoriska uppmaningar finns inom moralen: vissa saker gör man helt enkelt bara inte. Rådgivning handlar däremot normalt sett om hypotetiska uppmaningar. När Livsmedelsverket till exempel rekommenderar att man äter mindre än 500 gram kött i veckan handlar det om att minska risken för tjock- och ändtarmscancer. Och det kan väl rimligen antas vara något de flesta vill uppnå. Men att ge ett råd eller en rekommendation innebär alltid något mer än att bara ge information om risker; det bygger också på en värdering av de riskerna i relation till andra mål och värden som vi kan ha.

Rådgivning reser en rad olika etiska frågor. Ta till exempel en personlig bankman som ger råd om olika sparformer och försäkringar: det är visserligen råd som utgår från ekono-

miska målsättningar, men i vilken utsträckning är det bankens respektive kundens målsättningar? I det som följer här kommer dock fokus att ligga på råd som inte involverar den typen av etiska konflikter utan på hälsoråd som ges av myndigheter eller personer som läkare, sköterskor och barnmorskor, vilka arbetar i verksamheter som visserligen numera kan involvera vinstintresse, men där de relevanta råden normalt sett inte handlar om att få personer att välja en produkt som rådgivaren också själv råkar tillhandahålla. Den här typen av rådgivning kan ta två huvudformer, oombedda respektive oombedda råd. Inte ens oombedda hälsoråd är utan etiska komplikationer, till exempel kring hur och i vilken utsträckning man kommunicerar risker och osäkerheter, men oombedda råd medför en särskild typ av problematik, nämligen att de kan utgöra påtryckningar och därmed en form av paternalism.

### Nudges kontra boosts

Traditionellt sett har åtminstone den mer principiella diskussionen om paternalism fokuserat på interventioner där man genom förbud eller tvång hindrar någon från att göra något som denne annars skulle ha gjort eller får någon att göra något som denne annars inte skulle ha gjort. Under senare år har emellertid denna diskussion allt mer kommit att handla om mer subtila former av paternalism, där man på olika sätt får människor att göra val som skall gynna till exempel deras hälsa, men inte genom att plocka bort olika dåliga alternativ

från menyn av möjligheter utan genom att på olika sätt påverka hur personer strukturerar och förstår sin meny av möjligheter. Det mest inflytelserika verket här är Richard Thalers och Cass Sunsteins bok *Nudge* från 2008. Utgångspunkten för dem är de senaste decenniernas forskning inom psykologi och beteendekonomi, vilken pekar mot hur människor i sina beslutsprocesser ideligen använder olika snabba genvägar när de skall sortera och värdera information och fatta beslut (snarare än att fatta dessa i enlighet med traditionella modeller för rationellt beslutsfattande). Det faktum att vi förlitar oss på dessa genvägar spelar två roller för Thaler och Sunstein. Å ena sidan motiveras därigenom paternalistiska interventioner: eftersom dessa genvägar kan leda oss fel kan vi ibland behöva hjälp för att kunna fatta beslut som är i linje med hur vi skulle ha gjort om vi vore fullt informerade och helt rationella. Å andra sidan skapar det också möjligheter för att utforma mjuka interventioner: genom att använda kunskap om hur dessa genvägar fungerar kan man *de facto* leda människor till vissa beslut genom sättet att utforma information eller ibland rentav sättet att strukturera det fysiska rummet – vilka varor placeras till exempel närmast kassan eller i ögonhöjd? Här kan man säga att oombedd rådgivning just ofta försöker lyfta upp viss information i vårt synfält. Även om vi redan vet att vi är fria att äta mindre än 500 gram kött i veckan (det alternativet fanns så att säga redan på menyn av möjligheter), kan en sänkt köttkonsumtion blir mer levande som alternativ om det lyfts fram av en myndighet. Rådet kan

då också börja fungera som ett så kallat *ankare* (anchor), där även om vi i slutändan inte följer det, så fyller det ändå en funktion som utgångspunkt som gör att vi ändå landar närmare 500 gram kött i veckan än vi annars skulle ha gjort.

En komplikation här är att försök att påverka människors val långtifrån alltid antar formen av rekommendationer. Varningstexter har till exempel ofta formen av information, ett framhävande av vissa fakta. Texten "Rökning orsakar cancer" motsvarar ju inte explicit rådet "Rök inte". Eventuellt skulle man då kunna tänka att så länge informationen är korrekt kan det inte vara fel att ge den och att allt som händer här är att man försöker hjälpa den presumtive rökaren att förstå sitt val bättre. I litteraturen som utgår från forskning inom psykologi och beteendekonomi finns också en idé om en typ av intervention som är mer etiskt oproblematiskt än nudges, nämligen *boosts* (Hertwig & Grüne-Yanoff 2017). Till skillnad från nudges, som exploaterar våra tendenser att föredra genvägar för att därigenom leda oss till det "rätta" beslutet, handlar boosts snarare om att stärka våra kompetenser eller anpassa information efter våra existerande kompetenser – till exempel kan det röra sig om att presentera statistisk information grafiskt för att vi lättare skall kunna förstå den. Generellt sett kan man säga att boosts knappast ens kan sägas vara paternalistiska, och att de därmed typiskt sett också är mindre etiskt problematiska. En del fall kan dock åtminstone vid en första anblick vara svärplacerade, och Sunstein (2016: 33) menar själv att det han kallar

*utbildande nudges* och boosts överlappar varandra. Att ha bilder på skadade lungor på ett cigarettpaket, är det en *nudge* (ett försök att utnyttja vår tendens att reagera starkt på bilder) eller en *boost* (ett försök att presentera relevant information på ett sätt som är lättare för oss att ta till oss, bild snarare än text)? Viktiga kännetecken för boosts är dock transparens och att de handlar om att stärka vår förmåga till att fatta vissa beslut snarare än att få oss att faktiskt fatta ett visst beslut. I så måtto som en presentation av information egentligen är ett råd eller en ren rekommendation som bara getts formen av information, för att mer effektivt påverka oss i en viss bestämd riktning, bör informationen nog betraktas som *nudging* snarare än *boosting*.

### Oombedda hälsoråd som paternalism

De som är anhängare av nudges som en form av paternalistiska interventioner i våra liv är det till stor del för att de menar att dessa är mindre etiskt problematiska än förbud och regleringar, kanske rentav att de inte är etiskt problematiska alls. Anledningen är att nudges lämnar vår frihet intakt: menyn av möjligheter inskränks inte. Livsmedelsverket kanske kan få oss att tänka på vår köttkonsumtion, kanske rentav göra en viss mängd av kött till ett "ankare" som vi utgår från i våra konsumtionsval; men i slutändan är vi fria att äta precis så mycket kött vi vill, eller inget kött alls. Problemet med det resonemanget är dock att det centrala värdet som står på



spel inte är frihet utan *autonomi*. Paternalism kan visserligen ofta kringskära vår frihet, men det som gör att det kringskärandet är dåligt är att det innebär bristande respekt för vår autonomi, vår förmåga att själva styra över våra liv. Oombedda råd är ur det perspektivet inte en etisk gratislunch. De behandlar oss som mindre vetande och vanligen också som om vi behöver skyddas från vårt eget dåliga omdöme. Vi behandlas som barn, helt enkelt.

Härmed inte sagt att paternalistiska interventioner är uteslutna. De flesta människor är med på att åtminstone en del sådana är fullt rimliga (om än kanske ofta mest för att hjälpa *de där andra* som ju har så dåligt omdöme). Bilbältes tvång är ett vanligt exempel på en paternalistisk lag som tvingar oss till en väldigt liten inskränkning av vår frihet för vår egen säkerhets skull. De flesta regleringar av gifter och kemikalier sker utan att vi ens är medvetna om det. Även om dessa regleringar innebär en inskränkning av vår frihet i så måtto att vissa produkter därmed inte kommer att finnas på menyn av möjligheter, är det få av oss som invänder. Det är typiskt sett små uppoffringar i valmöjligheter det handlar om, och den kognitiva belastningen att hålla reda på alla gifter och kemikalier och själva göra dessa riskbedömningar i vardagen skulle dessutom vara betydande. Vad dessa exempel pekar på är att frågan om huruvida en paternalistisk intervention i våra liv är problematisk eller ej inte i första hand handlar om tekniska frågor kring huruvida något är en nudge eller ett förbud, utan snarare om i vilken utsträckning

något är viktigt för oss i utformningen av våra liv, respektive hur stor diskrepansen är mellan den uppoffring vi behöver göra och den vinst som kan komma ur den uppoffringen, till exempel i form av reducerad risk för allvarlig skada eller död.

Ett annat sätt att uttrycka detta är att eftersom det som framför allt står på spel i paternalismen är respekten för vår autonomi, vår förmåga att styra våra liv, så kan vissa förluster av frihet vara relativt oproblematiska: vissa alternativ på menyn av möjligheter är helt enkelt mer eller mindre betydelslösa för oss (Conly 2017). Men å andra sidan kan vissa andra interventioner, trots att de rent tekniskt inte plockar bort några handlingsalternativ, bli problematiska just eftersom de innebär en bristande respekt för vår autonomi. Oombedda hälsoråd är utifrån det perspektivet sällan oproblematiska. Ofta är det vi råds att göra (eller inte göra) just sådana saker som vi själva vanligen ser det som vår egen sak att bestämma över. Redan valet av oombedda råd som påverkansform är normalt sett också ett tecken på att det handlar om råd eller rekommendationer som vi inte är intresserade av att söka upp själva. Resonemanget här handlar ju inte om huruvida myndigheter bör sammanställa evidens och tillgängliggöra information om risker baserat på den evidensen; det är då information som vi själva söker upp och som hjälper oss att göra sakligt grundade riskbedömningar med utgångspunkt i hur vi själva önskar leva våra liv. I det hav av idéer och argument kring hälsa på vilket vi i ett modernt informations-samhälle tvingas navigera är det rimligt för

myndigheter att tillgängliggöra saklig information. Men grundprincipen (under normala omständigheter) för sådan information, i alla fall om den skall respektera vår autonomi, bör vara att kommunicera risker på ett transparent vis snarare än att göra riskbedömningen åt oss: bättre information snarare än fler rekommendationer. Oombedda hälsoråd är något annat än tillgängliggörande: de ges normalt sett utifrån en avsikt att påverka oss i en viss riktning, snarare än att göra oss bättre rustade att fatta beslut om hur vi skall leva våra liv.

### Avslutande kommentarer

Den entusiasm som funnits i vissa cirklar när det kommer till nudges är fullt begriplig: löftet som idén om nudges innebär är att kunna påverka oss effektivt, till exempel ifråga om vår hälsa, utan att de interventionerna kommer med några egentliga etiska kostnader. En risk som det synsättet för med sig, särskilt i ljuset av att nudges mycket väl kan utgöra ingrepp i vår autonomi, är att tröskeln sänks för vad som krävs för att rättfärdiga en intervention. Om det uppfattas som att det inte finns någon etisk kostnad med åtgärden blir det inte längre lika viktigt att kunna visa på betydande vinster med denna. Den typen av rättfärdigandekrav är det dock alltid rimligt att ställa på paternalistiska interventioner, och den skepsis som har uttrycks här ifråga om oombedda råd som påverkansform skall inte heller ses som något katego-

riskt avståndstagande, utan handlar framför allt om hur vi skall närma oss den här typen av frågor.

Om det handlar om beteendemönster som vi verkligen bryr oss om och som vi normalt sett vill utöva ett autonomt beslutsfattande över, men där dessa beteenden trots allt för med sig tillräckligt stora problem (till exempel ifråga om negativa effekter på vår hälsa), då kan det fortfarande finnas skäl att överväga paternalistiska interventioner för att ändra på dem. Och det är då också värt att påpeka att i en del fall kan det dessutom finnas *icke-paternalistiska* skäl för att ändra de beteendena – till exempel kan en del restriktioner av rökning motiveras också utifrån icke-rökarnas hälsa, och en reducerad köttkonsumtion kan vara en viktig komponent i arbetet mot klimatförändringar. Men om det verkligen är viktigt att få till en viss beteendeförändring, då finns förmodligen också mer effektiva redskap att ta till än att ge oombedda råd.

## Referenser

- Conly, S. Paternalism, coercion and the unimportance of (some) liberties. *Behavioural Public Policy*, vol. 1: 207–218, 2017.
- Hertwig, R, Grüne-Yanoff, T. Nudging and boosting: Steering or empowering good decisions. *Perspectives on Psychological Science*, vol. 12: 973–986, 2017.
- Sunstein, C. *The Ethics of Influence*, Cambridge: Cambridge University, 2016.
- Thaler, R, Sunstein, C. *Nudge*. Yale: Yale University Press, 2008.



# Akupunktur

*Aktiv smärtlindring  
eller teatralisk placebo?*

**DAN LARHAMMAR**

Akupunktur är en av de mest etablerade metoderna inom komplementär och alternativ medicin (KAM) och används särskilt för att åstadkomma smärtlindring, men även mot illamående och andra åkommor. Många utövare av KAM betraktar akupunktur som flaggskeppet bland KAM-metoderna, och därför används just akupunktur ofta som argument för att fler sådana borde få ökad acceptans.

Akupunktur har lång tradition i folkmedicinen i Kina och andra länder i Sydostasien. De äldsta historiska källor som nämner akupunktur är cirka två tusen år gamla. Under 1700-talet spreds metoden i Europa, men under det efterföljande århundradet minskade användningen inte bara i Europa utan även i Kina, där kejsaren 1822 uteslöt både akupunktur och moxabränning från utbildningen i den medicinska akademien. Efter andra världskriget återuppväcktes traditionella behandlingsmetoder inom folkmedicinen av

Mao Zedong av ekonomiska och politiska skäl. Själv sade han sig inte tro på dessa metoder och fick vetenskapsbase-rad medicinsk behandling för sina egna sjukdomar, enligt vad hans livmedikus Li Zhisui skrev i sina memoarer 1994.

Den stora spridningsvågen för akupunktur kom på 1970-talet under den så kallade ping-pong-diplomatin när Mao Zedong öppnade Kina för kontakter med västvärlden, inte minst USA och dess dåvarande president Richard Nixon. Amerikanska delegationer besökte Kina och fick bevittna kirurgiska ingrepp som påstods ske med enbart akupunktur som smärtlindring. Dock framkom senare att en sådan demonstration av toraxkirurgi av allt att döma var en bluffoperation (Posner & Sampson, 1999). Märkligt nog genomskådade inte ens personer med medicinsk expertis det orimliga i denna uppenbart riggade föreställning. Det har rapporterats att patienter vid demonstrationer av akupunktur för säkerhets skull hade fått morfin som smärtlindring.

Journalisten James Reston följde Richard Nixon på dennes första resa i Kina 1971 och skrev i *New York Times* att han själv under besöket blivit akut opererad för blindtarmsinflammation enligt gängse kirurgisk metodik. Efter ingreppet drabbades han av problem som behandlades med akupunktur. Problemen avklingade, vilket han entusiastiskt beskrev i artikeln. Senare kom emellertid episoden att tolkas som att även kirurgin hade utförts med smärtlindring i form av akupunktur.

Under 1970-talet gjordes också upptäckten av kroppens receptorer (mottagare) för morfin och liknande smärtlindrande substanser. Kort därefter rapporterade flera forskargrupper, bland andra Lars Terenius och Agneta Wahlström vid Uppsala universitet, att kroppsegna substanser hade påvisats som binder till de kroppsegna receptorerna. Substanserna fick namnen enkefaliner och endorfiner. Tack vare dessa banbrytande upptäckter uppstod en tänkbar förklaring till hur akupunktur nålar skulle kunna fungera, nämligen genom att stimulera frisättning av kroppens egna smärtlindrande substanser. Denna möjliga mekanism bidrog förmodligen till att akupunktur fick ökad acceptans som smärtlindring.

Många forskningsgrupper, inklusive flera svenska, intresserade sig för akupunkturs effekter och ett antal kliniska studier publicerades som tydde på smärtlindrande effekt. Emellertid fanns under de första decennierna inga lämpliga kontrolexperiment som kunde utgöra placebobehandling. Så småningom publicerades studier där akupunktur nålarna avsiktligt placerats på "fel" punkter, dvs positioner på kroppen som inte stämde med de linjer eller energikanaler i kroppen som beskrivits i kinesisk litteratur. I västvärlden beskrivs de tänkta energikanalerna som meridianer som transporterar den mystiska och mytiska "energin" chi (eller qi). Utmed meridianerna anses akupunkturpunkter vara lokaliserade som kan förknippas med specifika effekter.



När en åkomma således behandlades med nålar som placerats på andra platser än dem som ansågs vara effektiva för behandling av just den åkomman ("sham"-akupunktur, dvs låtsasakupunktur) visade det sig att effekten var lika god oavsett nålens placering. Därmed kunde hela systemet med meridianer och akupunkturpunkter ifrågasättas.

Emellertid var det fortfarande möjligt att nålstick oavsett placering skulle kunna ha effekt. Därför utvecklades placebo-nålar där nålen löper i en hylsa som ligger an mot huden oavsett om nålen går in i huden eller ej. Därmed var försökspersonen "blindad" med avseende på akupunktur-nålens penetration (försökspersoner kan ej känna skillnad). Studier visade dock att olika akupunktörer fick olika resultat med dessa nålar.

Nästa steg i metodutvecklingen var att utveckla dubbelblinda placebo-nålar så att inte heller akupunktören skulle kunna avgöra om nålen gick in i huden eller ej. Nålarna utformades så att de har samma tryckmotstånd i hylsan oavsett om nålen är kort eller så lång att den går in i huden. Denna idé har genomförts av tre forskningsgrupper oberoende av varandra. Ett antal studier med dubbelblinda placebo-nålar har publicerats av forskare i olika länder, och resultaten visar att det saknar betydelse om nålen penetrerar huden. Det har publicerats studier av olika typer av smärtbehandling, av behandling av värmevallningar i samband med klimakteriet och av behandling av illamående. Alla gav samma resultat: nålsticket saknar betydelse för den upplevda effekten.

Är det således patientens förväntan, mer eller mindre påverkad av akupunktören, som avgör utfallet av en akupunkturbehandling? För att undersöka detta har forskare i Sydkorea mätt hjärnans aktivitetsförändringar i MR-kamera (magnetresonans) vid "äkta" akupunktur och jämfört med de förändringar som sker när försökspersonen får akupunktur som ges i en gummiarm som försökspersonen tror är den egna. En illusion av att en gummiarm är ens egen kan ganska lätt åstadkommas med en kombination av syn- och känselintryck genom att försökspersonen får se hur en gummiarm som går upp mot den egna skuldran vidrörs på handen samtidigt som den egna handen, som döljs med en skärm, får synkron beröring på motsvarande ställe. Forskarnas bedrift var att lyckas rigga upp en sådan situation i en MR-kamera med hjälp av speglar för att samtidigt kunna mäta förändringar i hjärnans aktivitet.

Resultaten av akupunktur i gummiarm visade att "äkta" akupunktur och fingerad akupunktur gav mycket likartade förändringar i hjärnaktiviteten (Chae et al., 2015). Slutsatsen blir att akupunktur i huvudsak, kanske helt och hållet, är en placeboeffekt, dvs att den uppstår tack vare förväntan. Innan denna slutsats kan bli definitiv behöver experimenten upprepas av andra forskningsgrupper, och detta har ännu ej skett. Icke desto mindre ligger resultaten helt i linje med det nu ganska stora antalet välgjorda studier med sham-akupunktur och dubbelblinda placeboålar.

Visserligen skrev SBU (Statens beredning för medicinsk

och social utvärdering) i en rapport om olika smärtbehandlingar publicerad 2006 att "det finns starkt vetenskapligt underlag (evidensstyrka 1) för att akupunktur har smärtlindrande effekt jämförbar med annan behandling" vid ländryggssmärta, tennisarmbåge och smärta i nacke/skuldra. Denna slutsats var baserad på en sammanställning publicerad året innan av Cochrane-nätverket. Effekten var dock ganska blygsam: akupunktur gav i genomsnitt 32% smärtlindring att jämföra med placebobehandlingens 23%, alltså en skillnad på blott 9 procentenheter. Viktigt att notera är att detta var innan de dubbelblinda placebonålarna togs i bruk.

En annan typ av observation som gör att rapporterade effekter av akupunktur måste ifrågasättas är den geografiska variation som föreligger beträffande resultaten. Redan 1999 visade en sammanställning att samtliga publicerade studier från länder i Sydostasien fann effekt av akupunktur. Detta gällde oavsett vilken åkomma som behandlades och oavsett var nålarna placerades. Forskare i andra länder rapporterade däremot såväl negativa som positiva resultat.

Detta tyder på så kallad publication bias, alltså partiskhet så att endast positiva studier publiceras från vissa länder. Förmodligen förblir deras negativa studier opublicerade. Sådan skevhet i publicering är inte unik för akupunkturstudier; även läkemedelsföretag har befunnits publicera positiva behandlingsresultat i betydligt större omfattning än negativa resultat, t.ex. när det gäller behandling av depression med SSRI-preparat.

Denna slutsats förstärks av en färskare rapport från kinesiska forskare som fann att 838 av 840 akupunkturstudier (99,8%) gav positivt resultat. Detta gällde oavsett vilken sjukdom som behandlades och oavsett vilka positioner som användes för akupunktur nålarna. Den breda repertoaren av behandlade sjukdomar gör att en så hög effektivitetsgrad är fullständigt orealistisk. Återigen är kraftig publication bias den rimliga förklaringen. Det anses förmodligen opassande att publicera resultat som ifrågasätter effektiviteten av en folkmedicinsk metod med lång tradition och som av ekonomiska och politiska skäl återinförts under de senaste decennierna.

Dessbättre tyder de senaste årens utveckling på att forskningen blir mer objektiv. De ovan nämnda studierna med MR-kamera är utförda i Sydkorea. Ett särskilt forskningsinstitut för traditionell kinesisk medicin invigdes i Beijing våren 2019 och dess chef Huang Luqi har betonat betydelsen av evidensbaserade kliniska studier.

Med tanke på akupunkturers tvåtusenåriga tradition och de hundratals forskningsstudier som publicerats de senaste 50 åren är det högst anmärkningsvärt att grundläggande kvantitativa parametrar vid akupunkturbehandling fortfarande är ospecificerade. Det gäller så självklara frågor som:

- Hur stor är en akupunkturpunkt?
- Hur djup är en akupunkturpunkt?

- Har akupunkturpunkter samma diameter och djup över hela kroppen eller varierar de?
- Skiljer sig akupunkturpunkter mellan arter när det gäller storlek och positioner? Akupunkturbehandling på häst och hund är idag omfattande och mycket akupunkturforskning har gjorts på råttor och t.o.m mus.
- Hur lång ska varje akupunktursession vara?
- Hur ofta ska akupunktur ges, dagligen eller en gång i veckan?
- Hur många behandlingar behövs för (eventuell) effekt?

En nyligen publicerad studie rapporterade att akupunktörer hade anmärkningsvärt olika uppfattningar om de exakta positionerna för akupunkturpunkter (Godson och Wardle, 2019). Problemet med akupunkturpunkter har också uppmärksamrats av den nyligen utnämnda chefen för det federala amerikanska forskningsinstitutet för KAM, kallat NCCIH (National Center of Complementary and Integrative Health), som själv är forskare inom akupunktur (Langevin och Wayne, 2018).

Således har ett stort antal studier som publicerats under 2000-talets första två decennier kraftigt ifrågasatt om akupunktur kan ha effekt utöver placebo. Med tanke på den dramatik som ingår i akupunkturbehandling i form av nålstick har metoden beskrivits som "teatralisk placebo" (Colquhoun och Novella, 2013). Därför blir frågan nu i vilken mån utövare av akupunktur är beredda att ta till sig dessa

resultat och ompröva sina behandlingsmetoder. Mina kontakter med akupunktörer tyder på närmast total omedvetenhet om resultaten med sham-akupunktur, dubbelblinda placebo nålar och akupunktur i gummiarm. Därför uppstår oundvikligen frågan om akupunktörernas omedvetenhet är aktivt vald. Med sådan avsaknad av aktuell kunskap blir förstås utövare av akupunktur oförmögna att ge korrekt information till sina klienter och patienter om behandlingens förutsättningar att lyckas.

## Referenser

- Chae, Y, Lee IS, Jung, WM, Park K, Park, HJ, Wallraven, C. Psychophysical and neurophysiological responses to acupuncture stimulation to incorporated rubber hand. *Neuroscience Letters* 591, 48–52, 2015.
- Colquhoun, D, Novella, S. Acupuncture is theatrical placebo. *Anesthesia & Analgesia* 116(6), 1360–1363, 2013.
- Godson, DR, och Wardle, JL. Accuracy and precision in acupuncture point location: a critical systematic review. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies* 12(2), 52–66, 2019.
- Langevin, HM, Wayne, PM. What is the point? The problem with acupuncture research that no one wants to talk about. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 24(3), 200–207, 2018.
- Posner, GP, Sampson W. Chinese acupuncture for heart surgery anesthesia. *Scientific Review of Alternative Medicine*. Vol.3(2):15–19, 1999.



# Kost- och hälsorådens tyranni

FREDRIK STJERNBERG

Dagligen kommer nya råd om hur vi ska sköta oss för att ha bäst chanser att antingen slippa vissa sjukdomar eller uppnå en hög ålder, eller bäggedera. Vi ska, eller ska inte, äta ägg. Vi ska gå 7 000, 10 000 eller 12 000 steg om dagen. Sömn är viktigt. Salami är viktigt att undvika – kanske. Varje söndagsbilaga rapporterar om nya mirakelbär. Helgen efter får vi höra att blåbär har precis samma hälsofördelar.

Som lekman kan man lätt bli lite åksjuk av denna kaskad av välmenande råd. I själva verket har det mesta, den viktiga stommen, i vad som behövs för en god hälsa varit känt. En del saker har ändrats, men det har mest varit på marginalen, En del skarpa hälsoråd har tillkommit, men det har mest rört hur en del personer med sjukdomar, allergier och olika former av överkänslighet ska agera. För den lilla del av befolkningen som har celiaki är glutenprodukter faktiskt riktigt dåliga. Medelhavskostens förträfflighet tog ett tag att upptäcka. Vi har lärt oss en del av studier av de så kallade ”blå zonerna”, de områden där folk lever och har hälsan ovanligt länge.



Hade man sammanfattat vad som var känt om god kost och motion för hundra år sedan hade råden sett ungefär likadana ut som idag: ät mycket grönsaker, ät inte för mycket, se till att röra dig varje dag. Michael Pollan sammanfattar vad man vet så här: "Eat food, not too much, mostly plants." Han kompletterar detta med sju råd om hur man ska äta och skaffa mat.<sup>1</sup> Hans råd är förnuftiga, och det är inte särskilt svårt att inse varför de är det.

Men om vi nu redan vet vad som är bra, varför är tidningarna så överfulla av råd som dessutom ofta verkar vara i direkt konflikt med varann? Här spelar många faktorer in.

En är att vi alla går och längtar efter en quickfix. Mirakelbärska just vara detta, en ensam produkt som gör att vi kan fortsätta som förut med allt annat dumt, men ändå bli pigga och friska. Det är dags att inse att det inte finns någon quickfix.

En annan är att den moderna vetenskapen har vuxit samman med medierna så att det alltid framstår som bra ifall vetenskapliga resultat blir synliga i medierna. Det leder till att man som vetenskapsman frestas att leta efter spännande resultat, och att presentera de resultat man faktiskt fått som mer spännande än vad de verkligen är. Studierna kan vara genomförda på små grupper, eller påvisa väldigt svaga effekter, och ändå presenterar man det som att vi har stabila och storskaliga resultat att rapportera. Effekterna av att följa ett visst kostråd är nästan alltid väldigt små, i själva verket

---

1. <https://www.webmd.com/food-recipes/news/20090323/7-rules-for-eating#1>.

nästan obefintliga på individnivå. I samband med detta ser man ett vanligt oskick, nämligen att man presenterar förändringar i relativ risk utan att säga något om den absoluta risken. Om risken för att drabbas av en viss åkomma är väldigt liten, så kan ökning och minskning av risken för att få denna sjukdom se väldigt stora ut utan att man för den skull behöver bli särskilt orolig.

Det finns också ofta en paradox i kostråden: råden kan vara bra och vettiga – om de inte följs. Propagandan för rawfood har denna karaktär. Det vore bra för nästan alla i västvärlden att äta mindre processad mat, och rawfood är ju per definition oprocessad. Ändå vet man att det är praktiskt taget omöjligt att i längden leva ett hälsosamt liv baserat endast på råa födoämnen. Vi är byggda för att hantera lagad mat, och det är en utveckling som går långt tillbaka, till långt innan människan fanns som art. De rawfoodförespråkare som tror att obehandlad rå mat är en återgång till ett stadium i mänsklighetens historia där alla endast levde av råa födoämnen har helt enkelt fel. Människor och förmänniskor har huvudsakligen levat av behandlad mat i över en miljon år, och människor, *homo sapiens*, har funnits i ett par hundra tusen år. Vi ser ut som vi gör därför att vi har haft förfäder som lagat maten.<sup>2</sup> Så det vore dåligt för hälsan om alla åt rå mat hela dagarna, men det kunde mycket väl vara bra för hälsan om folk följde råden om rawfood i ungefär den ut-

---

2. Klenare käkar, större hjärna, annorlunda tarmsystem. Se Wrangham (2009).

sträckning folk brukar följa hälsoråd. Det går dock knappast att säga detta. Rådet ”Bli inte rawfoodmänniska, men ät gärna obehandlat oftare” räcker inte för att starta en rörelse, och det ser inte heller ut att lova några stora förbättringar.

Hur mycket ska vi röra på oss? Även här kan det se ut som om råden har svajat betydligt över tid. Är det 7 000, 10 000 eller 12 000 steg per dag vi ska gå egentligen? Hur svettig behöver man bli? Inte heller här har särskilt mycket hänt, annat än att man har behövt justera råden en smula för att kompensera för att vi rör oss mindre i vardagen än vad man gjorde för kanske hundra år sedan. Ingen har någonsin ansett att det bästa vore att inte röra sig alls.

Men hur många steg är det man ska gå? Tidigt fick man klart för sig att det är bra att gå. De första systematiska resultaten som visade detta kom från Londons lokaltrafik. Busschaufförerna och konduktörerna kom från ungefär samma sociala förhållanden, hade samma utbildning och samma lön. Men det visade sig att konduktörerna levde längre och var friskare. Skillnaden man identifierade var att konduktörerna var uppe och gick hela dagarna medan chaufförerna satt.

Siffran 10 000 steg om dagen kom till mest av en slump.<sup>3</sup> Den formulerades i Japan på 1960-talet, därför att det blir ett bra slagord på japanska: kanjitecknet för 10 000 ser lite grann ut som en gående människa. Tiotusen dagliga steg är

---

3. Cox (2018), Mull (2019).

inget dåligt råd – har man det som mål så rör man sig tillräckligt mycket för att det ska bli goda hälsoeffekter. Men det är inte så att forskningen tydligt har visat att just tiotusen steg är det magiska talet man ska sikta på. Kanske är det bättre att gå mer, kanske kan ungefär samma hälso fördelar uppnås vid ett lägre antal dagliga steg; den individuella variationen är säkert också stor. Forskning pågår men resultaten är egentligen inte särskilt intressanta. Gå mycket, så blir du friskare, är däremot ett vettigt råd.

Vi ställs inför råd som ser ut att peka åt olika håll, och de ska alla vara baserade på den senaste forskningen. Det är förvirrande, men förvirringen bottnar mest i att medierna och vetenskapen har olika slags uppdrag. I själva verket råder det inte någon större konflikt kring hur man ska bete sig för att leva någorlunda sunt, och uppfattningarna har inte ändrat sig särskilt mycket över tid heller. Det ser bara så ut.

Vi kan titta i lite mer detalj på ett exempel där man kan se hur vetenskapliga rön och medial rapportering samspelar, så att vi till sist får fram missvisande kostråd ur en i och för sig välgjord studie. Kanske är det till och med så att ingen enskild har gjort någonting särskilt dåligt, men att slutresultatet blir sämre för alla och ingen blir friskare.

Blåbär är gott. Lättillgängligt ute i skogen i praktiskt taget hela landet en del av året. Det är dessutom nyttigt.<sup>4</sup> Hur

---

4. Ska man tro de amerikanska blåbärsodlarnas intresseorganisation, US Highbush Blueberry Council, så är det väldigt nyttigt: <https://www.blueberry-council.org/blueberry-nutrition/health-benefits-blueberries/>. Att den sidan

nyttigt? Studier har länge visat att det finns hälsofördelar med att regelbundet äta blåbär, och man kan i vissa avseenden även tala om hur stor hälsofördelen är.<sup>5</sup> Man kan till exempel visa att om blåbärsintag leder till en minskning av relevanta riskfaktorer med si eller så många enheter, så minskar risken för hjärt-kärlsjukdom si eller så mycket. Blåbär påstås ha verkan mot cancer.<sup>6</sup> Ingen hävdar på allvar att det skulle vara dåligt att äta blåbär. Men steget från detta till att säga att blåbär är någon sorts ”supermat” som kan rädda oss undan sjukdomar är trots allt rätt långt. Även en ganska stor minskning av den relativa risken för att få en viss sjukdom innebär att effekten är ganska begränsad; den är svår att märka på den enskilda individens nivå. Tittar man i lite detalj på några studier blir det ännu vanskligare att säga något bestämt om hur bra det kan vara med blåbär. Man hittar ofta de vanliga problemen med rapporteringen av blåbärens hälsoeffekter: små grupper, ett idogt sökande efter någon

---

(åtminstone 191121) länkar direkt till recept på en alkoholhaltig blåbärsdrink, en ”Blueberry Tom Collins”, som ska göras med 6 cl gin, ska väl mest ses som ett olycksfall i arbetet. Eller kanske inte – en annan länk den dagen är till ett recept på persiko- och blåbärspaj med bourbon.

5. En PubMedsökning 191121 på ”blueberries” gav 1 574 träffar, alltså artiklar där blåbär diskuteras i medicinsk forskning.

6. En översikt här är Johnson och Arjmandi (2013). Kanske bör denna översiktsartikel dock tas med flera nypor salt. Den är i och för sig publicerad i en peer-reviewed tidskrift, *Anti-Cancer Agents in Medicinal Chemistry*, men när jag går in på tidskriftens sida erbjuds jag direkt att bli medlem i tidskriftens Editorial Board. Jag kan också se till att registrera mig som referee för tidskriften på samma gång, <http://www.eurekaselect.com/114968/article>, hämtat 191121.

form av positiv inverkan att skriva hem om, medial överrapportering av effekter.

Ändå lyfts just blåbär ofta fram som den nya superfödan. En ny studie (Curtis m.fl. 2019) delade in folk i tre grupper, lät dem äta blåbär (stor eller liten daglig portion för att se om effekten är dosberoende) eller placebo under sex månader och jämförde sedan hur det hade gått med deras hjärtrelaterade hälsotecken. Denna studie är intressant, därför att den är omsorgsfullt genomförd, inte har klara metodproblem (annat än att man gärna skulle ha sett fler deltagare, och att det fanns en för stor övervikt av vita män bland försökspersonerna, något som författarna beklagar) och korrekt rapporterar vad man har kommit fram till. Rapporteringen i medierna blev närmast översvallande.<sup>7</sup> Men, som Gideon M-K noterar i sin blogg:

People who took the blueberry supplements didn't improve on any of the primary markers of heart health compared to placebo, which means that, based on this research, it's unlikely that blueberries confer any benefit to heart health at all. Which is exactly the opposite of what most news stories reported (M-K 2019).

Hur gick det till? En välgjord RCT-studie kommer fram till att effekterna är försumbara, men efteråt minns alla det som att studien har visat att blåbär är rena hälsoelixiret. Artikelför-

---

7. Se till exempel Migala (2019).

fattarna är inte helt oskyldiga här. De hade klart och tydligt, i förväg, talat om vad de skulle göra, och vilka faktorer de skulle studera, men för de flesta, och viktigaste, faktorerna hittade de inte några riktiga effekter. Då förstörde de upp de effekter som de faktiskt hittade fastän de var små och kanske inte ens något annat än brus,.

En effekt man riktade in sig på är hur stela försökspersonernas kärl var. Man hittade ett samband mellan högt intag av blåbär och smidiga kärl. Även kolesterolhalter förbättrades något i en subgrupp. Subgruppen fick man fram genom att ta bort en majoritet av försökspersonerna.

Innan man kommit så långt hade studien visat att det inte finns något samband mellan intag av blåbär och andra faktorer som är känt viktiga för hjärtkärlsjukdomar (blodtryck, blodsocker, kolesterol, insulin). Stela kärl kunde eventuellt påverkas något, men ett mindre intag av blåbär verkade leda till en försämring av kärlen. En naturlig slutsats är att blåbär helt enkelt inte spelar någon roll alls för hur hjärtat mår.

Studien presenterades dock inte alls som den besvikelse den rimligen måste ha varit. Istället är nu det som alla minns att den visade att man kan minska sin risk för hjärtsjukdom med cirka 15 % genom att äta blåbär. Siffran 15 % är en ganska löst hållen gissning (inte orimlig, men ändå en gissning) utifrån tänkta samband mellan de faktorer de har tittat på och förekomsten av hjärtsjukdom.

När författarna diskuterade sina resultat lade de mer energi på att ta upp det faktum att de har haft en väl stor

andel vita män bland försökspersonerna än på att notera att deras resultat är väldigt magra. Kända viktiga faktorer som har starka samband med hjärtkärlsjukdomar påverkas knappt alls av blåbärsätande, men alla minns det som om vi här har ytterligare en studie som visat att blåbär är nyttigt. Vi hade kanske haft anledning att förvänta oss en mer ingående diskussion om varför det inte fanns någon effekt på flera välkänt viktiga faktorer, men denna diskussion uteblev.

Artikeln författare låg bakom en välgjord studie, men presentationen av resultaten var rätt hårt friserad. Och sedan tog mediernas rapportering det hela ett varv till.

Vilken är då slutsatsen? Man ska definitivt inte undvika blåbär. De är goda och nyttiga. Det är också klokt att gå sina tiotusen steg om dagen, eller se till att röra sig mycket (men inte för mycket). Grönsaker är bra. Men allt detta har varit känt väldigt länge. Här har vi just kost- och hälsorådets tyranni: det faktum att det görs små ändringar, justeringar i marginalen för saker som har varit välkända i hundra år, gör att vi börjar tro att det är väldigt svårt att hålla sig till hälso- råden. Detta är ett tyranni därför att vi hålls på tå, i ängslig väntan på nya rön som egentligen inte är särskilt betydelsefulla när väl den stora bilden blir känd. Här lever medier och vetenskap i ett symbiotiskt förhållande, som i längden inte är särskilt sunt.



## Referenser

- Cox, D. Watch your step: why the 10,000 daily goal is built on bad science. 2018-09-03. <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2018/sep/03/watch-your-step-why-the-10000-daily-goal-is-built-on-bad-science>
- Curtis PJ, van der Velpen V, Berends, L, Jennings A, Feelisch, M, Umpleby, AM, Evans M, Fernandez BO, Meiss, MS, Minnion, M, Potter, J, Minihane, AM, Kay, CD, Rimm, EB, Cassidy, A. Blueberries improve biomarkers of cardiometabolic function in participants with metabolic syndrome – results from a 6-month, double-blind, randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr* 109:1535–1545, 2019.
- Johnson, SA, Arjmandi, BH. Evidence for Anti-Cancer Properties of Blueberries: A Mini-Review. *Anti-Cancer Agents in Medicinal Chemistry (Formerly Current Medicinal Chemistry – Anti-Cancer Agents)* 13:8, 2013.
- M-K, G. Blueberries can't treat heart disease. <https://medium.com/@gidmk/blueberries-cant-treat-heart-disease-4b8foaa4d887>, hämtat 20191121.
- Migala, J. Eating Blueberries May Reduce Your Risk of Heart Disease, Study Suggests. <https://www.everydayhealth.com/diet-nutrition/blueberries-may-lower-heart-disease-risk-study-finds/>. 2019.
- Mull, A. What 10,000 steps will really get you. *The Atlantic*, 20190531, <https://theatlantic.com/health/archive/2019/05/10000-steps-rule/590785/>.
- Wrangham, R. *Catching Fire: How Cooking Made Us Human*. Basic Books, New York, 2009.

# Sommartidsfrågan

LENA WAHLBERG

ANNIKA WALLIN

## Inledning

I mars 2019 röstade EU-parlamentet igenom ett förslag om att avskaffa omställningen mellan sommartid och vintertid. Enligt förslaget ska unionens medlemsstater själva få välja om vintertid eller sommartid införs permanent. ”Själv tycker jag att permanent sommartid låter roligare. Men där har EU-parlamentet och jag inget inflytande”, konstaterade den svenska EU-parlamentarikern Marita Ulvskog, som lett arbetet med förslaget, i en intervju i Aftonbladet. Ulvskogs positiva inställning till permanent sommartid återfinns hos svenska folket. Enligt en undersökning av Ipsos, gjord på uppdrag av DN, vill 37 procent av svenskarna ha sommartid hela året och bara 29 procent vintertid. I forskarvärlden tycks tvärtom – i varje fall enligt den bild som förmedlas i medierna – den helt dominerande uppfattningen vara att permanent sommartid skulle innebära en stor folkhälsorisk, och att den tillgängliga vetenskapliga evidensen i stället talar för permanent vintertid eller möjligen status quo. Stor oenighet i

frågan råder också mellan de två författarna till denna artikel. Syftet med artikeln är att gå till botten med vad oenigheten mellan lägren närmare bestämt handlar om.

I artikeln kommer vi att testa tre hypoteser som skulle kunna förklara de olika inställningar till att göra sommartiden permanent som finns hos å ena sidan gemene man och en av artikelförfattarna (vi kan kalla henne Lisa) och å andra sidan forskarvärlden och den andra artikelförfattaren (vi kan kalla henne Anna). Hypotes 1 är att skillnaden kan förklaras med att gemene man och Lisa till skillnad från forskarvärlden och Anna inte känner till forskarvärldens argument mot att införa permanent sommartid. Hypotes 2 är att gemene man och Lisa känner till forskarvärldens argument men till skillnad från forskarvärlden och Anna menar att dessa baseras på evidens av otillräcklig kvalitet. Hypotes 3 är att skillnaden kan förklaras av att gemene man och Lisa menar att den vetenskapliga evidensen och den etablerade uppfattningen hos forskare (och Anna) inte är relevant, eftersom den handlar om fel fråga. De tre hypoteserna kommer att testas med hjälp av analytisk metod och introspektion. Vi inleder med en kort beskrivning av forskarvärldens skäl mot permanent sommartid (hämtade från svensk dagspress) respektive gemene mans skäl för permanent sommartid (så som vi förstår dem).

## Forskarvärldens skäl mot att införa permanent sommartid

Under månaderna som följde EU-parlamentets omröstning uttalade sig flera forskare i svensk dagspress mot ett införande av permanent sommartid. Ett återkommande argument var att det krävs dagsljus på morgonen för att avsluta den biologiska natten, och att permanent sommartid därför skulle störa viktiga biologiska processer hos dem som börjar arbeta tidigt på morgonen under vintern. Utan morgonljus senareläggs dessutom sömnen, vilket kan leda till koncentrationssvårigheter och psykiska besvär. I artiklarna nämns också empiriska studier som pekar på att permanent sommartid skulle ha negativa effekter på folkhälsan. En av de forskare som uttalat sig i svensk dagspress hänvisar till exempel till en observationsstudie från USA, som fann att risken att drabbas av cancer är högre för dem som bor i västra delen av en tidszon (där solen, liksom under sommartiden, går upp senare) än för dem som bor i östra delen.

## Gemene mans skäl för att införa permanent sommartid

Gemene mans argument för att införa permanent sommartid handlar såvitt vi förstår huvudsakligen om att detta skulle leda till mer ljus under eftermiddagen och kvällen, när de flesta är lediga. Tankegången kan illustreras av följande ut-

drag ur en riksdagsmotion från år 2019 (vars huvudbudskap även Lisa spontant ställer sig bakom):

Införande av sommartid året om skulle ha en gynnsam effekt på folkhälsan eftersom fler kan tillgodogöra sig den extra ljusa timmen på eftermiddagen än på morgonen. Förhoppningsvis skulle detta också bidra till att människor vistades mera ute, vilket även det är ett steg mot ökat välbefinnande. När regeringen nu innan 2021 måste besluta om Sverige ska ha ständigt sommartid eller ständigt vintertid bör därför valet vara ständigt sommartid. Det bör riksdagen ställa sig bakom.

## Hypotestest

Hur kan vi mot denna bakgrund förklara skillnaden mellan å ena sidan forskarvärldens och Annas inställning till införandet av permanent sommartid, å andra sidan gemene mans och Lisas inställning? I detta avsnitt närmar vi oss denna fråga med utgångspunkt i de tre hypoteser som formulerades i artikelns inledande avsnitt.

*4.1 Hypotes 1: Gemene man och Lisa känner inte till forskarvärldens skäl.* I ljuset av forskarvärldens argument och evidens för en permanent sommartids negativa hälsoeffekter framstår påståendet i den citerade motionen – att införande av sommartid året om skulle ha en gynnsam effekt på folkhälsan – som direkt fel. Kan det vara så enkelt att skillnaden mellan dem som förespråkar att införa sommartid året om

och dem som inte vill detta är att de förra helt enkelt inte känner till forskarvärldens skäl mot att införa permanent sommartid? En introspektion av artikelförfattarna själva ger vid handen att varken Lisa eller Anna på förhand kände till forskarvärldens skäl mot att införa permanent sommartid, och ändå var Anna motståndare till detta. Kunskap om forskarvärldens skäl är alltså inte en nödvändig förutsättning för att motsätta sig ett sådant införande. När Lisa ställs inför frågan huruvida kännedom om hur forskarvärlden ser på saken fått henne att ändra uppfattning, svarar hon att det möjligen gjort henne mer tveksam till att införa permanent sommartid, men att hon ändå är av uppfattningen att det är en bättre lösning än permanent vintertid. Kunskap om forskarvärldens skäl är därmed inte heller en tillräcklig förutsättning för att motsätta sig införande av permanent sommartid. Även om sådan kunskap inte kan sägas vara irrelevant, kan den alltså inte helt förklara skillnaden mellan å ena sidan gemene mans och Lisas, och å andra sidan forskarvärldens och Annas inställning.

*4.2 Hypotes 2: Gemene man och Lisa menar att forskarvärldens skäl baseras på evidens av otillräcklig kvalitet. Vår nästa hypotes är att gemene man och Lisa visserligen känner till forskarvärldens argument men till skillnad från forskarvärlden och Anna menar att dessa baseras på evidens av otillräcklig kvalitet. Att döma av de skäl som redovisats i svensk dagspress förefaller dessa huvudsakligen utgöras av mekanistiska och delvis*

hypotetiska resonemang om påverkan på biologiska processer, och i viss mån av observationsstudier. Däremot har inga randomiserade kontrollerade studier – den gyllene standarden för att konstatera kausalsamband – redovisats. Kan det vara så att den faktaresistens som tycks komma till uttryck i citatet från motionen och Lisas inställning ovan i själva verket kan förklaras av att motionären och Lisa konstaterat att forskarvärldens skäl bygger på evidens som enligt internationella graderingssystem anses ha ett lågt värde?

En snabb introspektion ger vid handen att skillnaden mellan Annas och Lisas inställningar till permanent sommartid inte beror på olika uppfattningar om den vetenskapliga evidensens kvalitet. Lisa anser visserligen att forskarna inte fäster tillräcklig vikt vid att vi tenderar att gå upp strax innan jobbet börjar och att vi därför har större möjlighet att vara ute på eftermiddagen, och därför kan dra större nytta av dagsljus då – en invändning som stämmer väl med argumentet i motionen ovan. Anna invänder mot detta: Hon tror att det är ljuset under transportsträckan till arbetet som forskarna tänker på, inte det ljus vi hade fått om vi var lediga. Däremot kan den upplevda glädjen av ljusdosen vara olika. Detta meningsutbyte mellan Anna och Lisa antyder förvisso en skillnad i synen på den vetenskapliga evidensens *relevans*, något vi återkommer till nedan. Att olika uppfattningar om den vetenskapliga evidensens *kvalitet* skulle kunna förklara skillnaden mellan Annas och Lisas inställningar till permanent sommartid motsägs däremot direkt av att Anna spon-

tant utbrister att det inte är någon vidare evidens de där folkhälsoforskarna utgår från i sina rekommendationer, och att Lisa på en direkt fråga svarar att det inte hade haft någon avgörande betydelse för hennes inställning om de observerade hälsoeffekterna i stället konstaterats i en randomiserad kontrollerad studie.

4. 3 *Hypotes 3: Gemene man och Lisa menar att den vetenskapliga evidensen handlar om fel fråga.* Om skillnaden mellan lägren inte kan förklaras med skillnader i kännedom och inställning till den vetenskapliga evidensens kvalitet, hur kan den då förklaras? Möjligen kan vi våga oss på en analogi mellan frågan om sommartiden och den diskussion som fördes i Sverige inför folkomröstningen om rusdrycksförbud år 1922. Ett starkt argument för att förbjuda rusdrycker var förstås dessa dryckers negativa effekter på såväl folkhälsa som ekonomi. Men många av de argument som framfördes av motsidan handlade om helt andra frågor: På motsidans valaffischer stod att läsa slagord som "Nej, min gubbe lille – våra män må bäst av att behålla sin frihet, därför rösta vi nej!", "Svenska folk! Vill du låta en ringa minoritet klavbinda din handlingsfrihet?", "Förbud förstör land och folk" och "Kräftekräva dessa drycker!": slagord som handlade om frihet och livskvalitet. Kan det vara samma sak med frågan om införandet av permanent sommartid?

Här verkar det finnas två olika aspekter: folkhälsa å ena sidan (mätt i termer av objektiva hälsomått som sjukskriv-



ning, antal personer med cancer etc.) och upplevd livskvalitet å andra sidan (mätt i subjektivt välmående). Dessa relaterar till olika värderingar, men de är med största sannolikhet inte oberoende av varandra: Lägre subjektivt välmående lär påverka också exempelvis sjukskrivningstal, och sjukdom påverkar det upplevda subjektiva välmåendet.

De som förespråkar permanent sommartid verkar fokusera på den livskvalitet som ljusare kvällar skulle ge, med ökade möjligheter till rekreation utomhus. Detta är i stora delar en värderingsfråga: vi värdesätter en eftermiddag i solen betydligt mer än att ta oss till arbetet i dagsljus. Lisa tycker om ljusa kvällar, att hinna ta en promenad efter jobbet eller sitta i trädgården och lyssna på koltrasten. Det ger frihet och gör att livet känns meningsfullt. För Anna är det inte egentligen den objektiva folkhälsan som får henne att förespråka normalt看 eller status quo, utan snarare en form av konservatism. Hon värderar ett tidsangivelsesystem som har varit meningsfullt för människan under hela hennes existens här på jorden. Det finns något estetiskt tilltalande i att klockans visare pekar rakt upp på himlen när solen står som högst, och hon finner glädje i att medeltida solur fortfarande visar rätt tid (under vintertid, hennes konservatism är så stor att hon till och med kan tänka sig att ha permanent sådan) och möjligheten att enkelt använda klockan för att navigera efter solen. Det var solens rörelser som gav upphov till hela vår tidsuppfattning och nu vill "folk" skära av förbindelsen mellan dessa. Anna menar dessutom att vintertid inte hindrar oss från att lyssna

på koltrasten, särskilt inte i vårt land med dess stora förändringar i dagsljuset över året. Att flytta fram klockan för att snabbt få det som annars skulle komma efter några veckor är som att äta växthusodlade jordgubbar innan de är klara på friland. Lisa, som helst äter semlor året om, förstår inte poängen med denna liknelse.

### Vikten av värden

Det verkar alltså som att debatten om sommartid och vintertid sker på två olika plan som inte har så mycket med varandra att göra. Det politiker och allmänhet bygger sitt ställningstagande på har i så fall inte med samhällliga effekter eller utfallsanalys att göra. Istället bygger det på vad enskilda individer värdesätter. Betyder det att vetenskapligt underlag inte alls är relevant i detta fall? Nej, riktigt så kan det ju inte vara eftersom samhällliga effekter påverkar också den enskilda individens livskvalitet. Skulle vi med säkerhet veta att en stor andel individer skulle få cancer i och med en omställning till permanent sommartid hade det varit djupt oansvarigt att inte ta hänsyn till hur ljusförhållanden påverkar hälsan. Men å andra sidan måste vi också vara öppna för att experter är experter på mycket – men inte på värderingsfrågor. Det finns en stor risk att experter underskattar hur mycket individer uppskattar exempelvis ljusa sommarkvällar eller fungerande solur, eftersom detta är en domän de inte har någon kunskap om. En expert kan veta vilka utfallen kan

vara och ibland också hur sannolika de är, men den kan inte veta vad de betyder för personen som utsätts för dem. Expertisen har inte den räckvidden helt enkelt.

I det föregående stycket har vi fokuserat på kunskap om värderingar och hur detta påverkar vilken roll expertis kan och bör spela i beslutsfattande. Men bakom många av de icke-vetenskapliga skäl som lagts fram döljer sig också något annat, inte bara en kunskap om vad som är viktigt, utan också en erfarenhet om hur vi bäst uppnår det vi värdesätter: glädjen i den ljusa vårkvällen, tillfredsställelsen i att tänka på tid på samma sätt som våra förfäder gjorde. Kanske handlar konflikten i grund och botten om omedelbar och mer behovstillfredsställelse å ena sidan, och njutningen i att vänta på något gott och att låta var sak ha sin tid å den andra.

## Referenser

- Carling, M. Sömnforskare: Skippa bytet till sommartid. SvD, 2019-03-30.
- Letmark, P. Så påverkas vi av sommartiden – och därför bör vi införa normalt看 året runt. DN, 2018-03-20/09-26.
- Skånberg, T. (KD). Sommartid. Motion 2019/20:73, 2019.
- Westin, A. Ett steg närmare slopad sommar- och vintertid. Aftonbladet, 2019-03-26/28.

## Medverkande

KJELL ASPLUND, professor emeritus i medicin, Umeå universitet

JOHAN BRÄNNMARK, docent i praktisk filosofi, Malmö universitet, och forskare inom VBE-programmet

DAN LARHAMMAR, professor i molekylär cellbiologi, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet

NILS-ERIC SAHLIN, professor i medicinsk etik, Lunds universitet, och forskare inom VBE-programmet

FREDRIK STJERNBERG, professor i filosofi, Linköpings universitet, och forskare inom VBE-programmet

ANNIKA WALLIN, docent i kognitionsvetenskap, Lunds universitet, och forskare inom VBE-programmet

LENA WAHLBERG, docent i allmän rättslära, Lunds universitet, och forskare inom VBE-programmet







