
Den begrensede verdi av klinisk erfaring

KOMMENTAR

JON HENRIK LAAKE

Email: j.h.laake@basalmed.uio.no

Anestesiavdelingen

Rikshospitalet

0027 Oslo

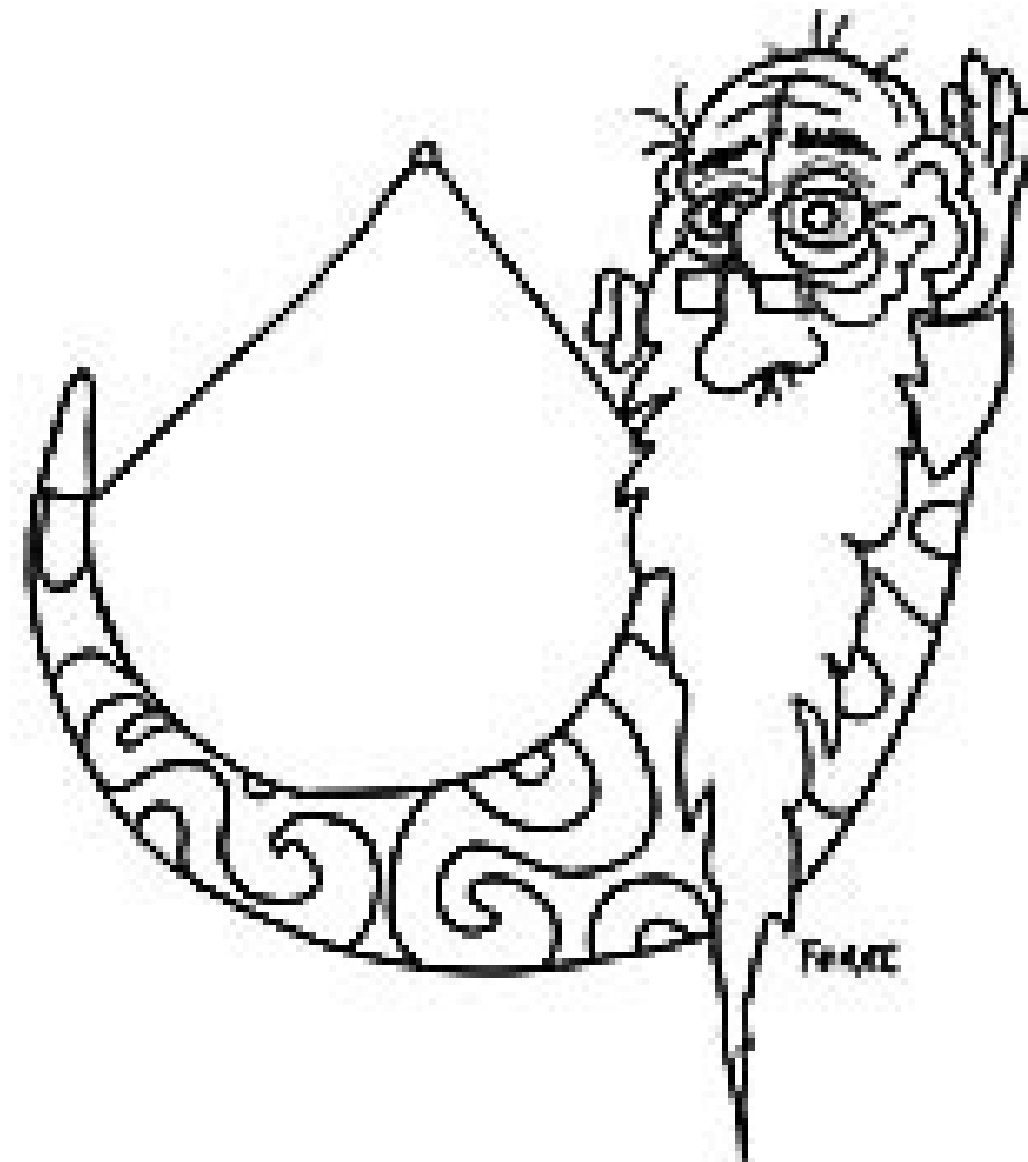
Jeg er ikke så gammel i anestesifaget. Jeg var basalforsker og lærer ved universitetet i flere år før jeg konverterte. Stort sett synes jeg overgangen har vært grei: Regulert arbeidstid og overtidsbetaling har sine absolutte fordeler.

Noen ganger er likevel klinikertilværelsen frustrerende. Mens universitetslivet er basert på en objektiv og strengt rasjonalistisk tilnærming til tilværelsen, betyr personlig *erfaring* svært mye for klinikerne. De fleste "erfarne klinikere" jeg har vært borti har en tendens til å la egen erfaring, eller fartstid om man vil, bli tungen på vektskålen når det er tvil om faglige veivalg. "Jeg har erfaring for . . ." er et så vanlig argument at det burde gjøres til gjenstand for en egen studie: *Specificity and sensitivity of "experienced choice" versus "educated guess" in clinical problem solving*. Ingen kan benekte verdien av erfaring, men det er også blitt sagt at "erfaring er den vanligste unnskyldning for mangel på kunnskap" . . .

Man blir av og til konfrontert med klinikers erfaringsgrunnlag på en litt ubehagelig måte. Hvis en ny diagnostisk metode eller behandling foreslås, trekker den mest erfarne i flokken på skuldrene og sier: "Jeg synes ikke vi har sett at det går noe bedre når vi gjør det slik, la oss heller holde oss til vanlige metoder som vi kjenner oss trygge på." Et eksempel fra intensivmedisin illustrerer hvor problematisk en slik holdning kan være. Akutt lungesviktsyndrom (acute respiratory distress syndrome, ARDS) er en alvorlig inflammasjonstilstand i lungene, med en dødelighet på ca. 40 % (1). Nylig har man vist at dødeligheten kan reduseres til ca. 30 % ved å endre respiratorbehandlingen slik at pasientene ventileres med små tidalvolumer og høyt endeekspiratorisk trykk (2). Dersom vi tenker oss at alle

intensivmedisinere i Norge innretter seg etter dette behandlingsprinsippet, kan vi illustrere hvordan dette vil påvirke erfaringsgrunnlaget i en gjennomsnittlig intensivavdeling.

I Norden er insidensen av akutt lungesviktsyndrom 13,7 pasienter per 100 000 innbyggere per år (1). I Norge tilsvarer dette snaut 600 tilfeller per år. Med en 90-dagersmortalitet på ca. 40 % vil 240 av disse dø av sin sykdom med tradisjonell behandling. Tallet skulle ideelt kunne reduseres til 180 med det nye behandlingsregimet. Vi antar for enkelthets skyld at våre rundt 30 intensivavdelinger er like. Gjennomsnittlig har vi altså ca. 20 ARDS-pasienter per intensivavdeling per år, og ca. åtte ARDS-relaterte dødsfall, som med ny behandlingsteknikk skulle kunne reduseres til seks. Allerede nå begynner man å ane at erfaringsgrunnlaget på en enkelt intensivavdeling fort kan bli noe spinkelt. Dette kan videre illustreres med en såkalt number needed to treat-analyse.



Verdien *number needed to treat* (NNT) illustrerer hvor mange pasienter som må behandles på én bestemt måte for at effekten av behandlingen skal gi seg utslag hos én pasient (3). I dette tilfellet vil NNT angi hvor mange ARDS-pasienter som må behandles med reduserte tidalvolumer for at én ekstra

pasient skal overleve. Vi benytter oss da av tallene for risikoreduksjon som oppnås med den nye behandlingsmåten. Med tradisjonell behandling er dødeligheten 40 %, eller 0,4, med ny behandlingsstrategi er den 30 %, eller 0,3. Den *absolutte risikoreduksjonen* er da 0,4 minus 0,3 = 0,1. Om vi inverterer denne tallverdien, dvs. $1/0,1$, får vi NNT, som i dette tilfellet er 10. I klartekst betyr dette at ti pasienter med akutt lungesviktsyndrom må behandles i henhold til det nye regimet for at én ekstra pasient skal overleve. En "gjennomsnittlig" intensivavdeling med 20 ARDS-pasienter per år vil altså måtte drive sin virksomhet i fem år med slik ny behandling for å få ti ekstra pasienter helskinnet igjennom.

Når vi tar hensyn til variasjoner i alderssammensetning og sykkelighetsskåre m.m. (1) og at mange intensivavdelinger i Norge er små (4), sier det seg selv at den erfaring man besitter i hver enkelt avdeling, alene vanskelig kan gi grunnlag for sterke meninger om valg av behandlingsstrategi. Og om vi bryter tallene videre ned til nivå av den enkelte lege som er involvert, blir dette om mulig enda tydeligere. Formodentlig vil den *opplevde gevinst* være meget liten, og "erfaringen" vil kanskje først og fremst være negativ: syre-base-forstyrrelser pga. hypoventilasjon, hemodynamiske problemer pga. høyt endeekspiratorisk trykk osv. Altså vil det kreve disiplin å gjennomføre den behandlingen som er vist å være mest effektiv.

Dette illustrerer hvordan det som er karakterisert som "a landmark study", med dramatisk reduksjon i mortalitet, i bare liten grad vil kunne oppleves og derved "erfares" av den enkelte lege. Jeg skulle ønske at vi kunne ta et oppgjør med denne "erfaringskulturen". Særlig intensivmedisinen er så full av uvanlige tilstander at behovet for samordning av behandlingsinnsatsen må være betydelig. Med nye kommunikasjonsmidler (Internett og e-post) burde dette være uproblematisk. Men det fordrer at kommunikasjonen mellom klinikere blir mindre hierarkisk og mer rasjonell.

I kunnskapsbasert medisin anvendes det beste fra klinisk erfaring, sykdomsinnsikt og forskning (5). Personlig erfaring alene er et for tynt grunnlag å bygge moderne behandling på. Man bør hele tiden søke oppdatert kunnskap og kritisk vurdere og velge sine behandlingsmetoder ut fra det. Så får erfaringen komme til sin rett i den videre oppfølgingen, etter at terapivalget er tatt på et bredere grunnlag.

Takk til Reidar Kvåle og Audun Stubhaug for nyttige kommentarer.

LITTERATUR

1. Luhr OR, Antonsen K, Karlsson M, Aardal S, Thorsteinsson A, Frostell CG et al. Incidence and mortality after acute respiratory failure and acute respiratory distress syndrome in Sweden, Denmark, and Iceland. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 1849–61.
2. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury

and the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med 2000; 342: 1301 – 8.

3. Cook RJ, Sackett DL. The number needed to treat: a clinically useful measure of treatment effect. BMJ 1995; 310: 452 – 4.

4. Gjennomgang av landets sykehus – delrapport 2: Kartlegging av kapasitets- og driftsforhold ved intensivavdelingene. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.

5. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71 – 2.

Publisert: 10. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

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