
Kunnskapsbasert medisin eller klinisk pragmatisme?

REDAKSJONELT

DAG BRUUSGAARD

Dag Bruusgaard (f. 1940), som er professor i trygdemedisin og bestyrer, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo, har drevet deltids allmennpraksis i Oslo i 30 år.

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Universitetet i Oslo

Postboks 1130 Blindern

0317 Oslo

En allmennpraktiserende lege opplever et problem. Han mener han forskriver mer benzodiazepinpreparater enn godt er for pasientene (og for hans egen samvittighet). Han har en viss støtte for dette synet i egne erfaringer – og i litteraturen.

10 % av legens registrerte pasienter hadde fått utskrevet ett eller flere benzodiazepinpreparater de siste tre år, hvorav 1/3 som fast medikasjon.

Ut fra kjennskap til distriktet, befolkningen, pasientene og helsetjenesten gjennom 20 år iverksatte han tiltak for å redusere antall langvarig brukere og for å redusere den totale mengden forskrevne benzodiazepinpreparater.

Som metode benyttet han først og fremst seg selv, sin tid og sine kunnskaper og ferdigheter, dessuten utnyttet han en lokal fysioterapeut med spesialkunnskap i psykomotorisk behandling, og det psykiatriske hjelpeapparatet.

I dette nummer av Tidsskriftet deler han sine erfaringer med oss ved at han beskriver prosessen, og hva som kom ut av den – en erfaren klinikers forsøk på å analysere og å gjøre noe med et stort og viktig problem (1).

Artikkelen viser en viktig egenskap ved en pragmatisk primærhelsetjeneste, ”man tager hva man haver”, og gjør det beste ut av det.

Dette er åpenbart ikke det vi vanligvis betegner som kunnskapsbasert medisin. I vår tid med krav til dokumentert effekt av våre intervensjoner blir spørsmålet hvorvidt en slik pragmatisk tilnærming i det hele er tillatt.

Hva var så alternativet? Vil det noen gang bli mulig å vurdere hva som er korrekt forskrivning av benzodiazepinpreparater i en enkelt praksis? Vil det ikke alltid være gjenstand for skjønn og påvirket av egne verdier? Forfatterne diskuterer ikke det vanskelige problemet – hva er ”korrekt” bruk av benzodiazepiner – men de synes å være mer restriktive enn anbefalingene i Norsk legemiddelhåndbok (2).

Vil ikke intervensjoner av denne typen også alltid måtte baseres på egne oppfatninger og erfaringer og det man måtte ha av tilgjengelige ressurser lokalt?

Kunnskapsbasert medisin gjelder vårt fag. Lærebøker, forelesninger, artikler og retningslinjer må gjennomsyres av vitenskapelig dokumentasjon.

Kunnskapsbasert medisin må bli det bakteppet vi opererer mot i utøvelsen av legeyrket. Datateknologi vil komme oss til unnsetning ved enkel og rask tilgang til oppdaterte retningslinjer. På tross av motstand, tror jeg denne form for opprydding i den medisinske kunnskap er dømt til å lykkes. Slik eksplisitt kunnskap, eller digitaliserbar kunnskap (3) vil i økende grad prege vår hverdag.

Det må imidlertid ikke bli opp til den enkelte å skulle slå opp i store databaser for å finne ut hva som for tiden er gjeldende og akseptert praksis. Optimal behandling av en streptokokkangina eller hvorvidt en asymptomatisk 80-åring med moderat forhøyet blodtrykk bør behandles, burde fremgå av lett tilgjengelige retningslinjer, slik som i Legemiddelhåndboken.

Utfordringen har vært, og vil også i fremtiden være å lære klinikere opp i kunsten å applisere det vi måtte ha av digitaliserbar kunnskap på den enkelte pasient, og på en kritisk måte å benytte egne og andres erfaringer der klar og entydig evidens ikke finnes. Dette er det som noe unøyaktig betegnes som tauskunnskap, eller for å holde oss til oppdatert terminologi, ikke-digitaliserbar kunnskap.

Slik klinisk pragmatisme preger den enkelte leges hverdag i dag, og vil gjøre det også i fremtiden. Den pedagogiske utfordringen vil således bli å begrepsfeste og formidle den ikke-digitaliserbare kunnskapen, vel så mye som å lære leger til å benytte seg av den digitaliserbare kunnskapen. Dette vil gjelde uansett hvor store områder av den praktiske medisin som blir dekket av evidens.

Utfordringen ligger ikke i å lære klinikere til å bruke Cochrane-baser, men å lære dem til å stole på egne krefter, og å bruke egen erfaring i tilpasning av kunnskapsbaserte retningslinjer i forhold til behandlingen av den enkelte pasient. Tilbøyelighet til å underkjenne verdien av egen erfaring er dessverre en tendens som i praksis ofte følger argumenteringen for kunnskapsbasert praksis (4).

Leger som leser artikkelen i dette nummer av Tidsskriftet vil ikke få noe svar på hva som er korrekt bruk av benzodiazepinpreparater, ei heller hvordan man eventuelt skal bære seg at for å redusere bruken. Ved at forfatterne deler erfaringene med andre kan de imidlertid bidra til å belyse et stort, kontroversielt og vanskelig problemfelt.

Et helsevesen som ikke bestreber seg på å være faglig mest mulig oppdatert, vil miste sin troverdighet. En medisin uten evne til å bruke vitenskapelig dokumentert kunnskap med en pragmatisk, individuell tilpasning er farlig.

LITTERATUR

1. Krogsæter D, Straand J. Benzodiazepiner – kvalitetssikring av egen forskrivning i allmennpraksis Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3121 – 5.
2. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 1998 – 99. Oslo: Norsk legemiddelhåndbok I/S, 1998.
3. Johannesen JA, Olaisen J, Olsen B. Fra industrisamfunnet til kunnskapssamfunnet. I: Friedman K, Olsen J, red. Underveis til fremtiden – kunnskapsledelse i teori og praksis. Årbok 1999 for Handelshøyskolen BI. Bergen: Fagbokforlaget, 1999.
4. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Medisinsk kunnskapshåndtering. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.

Publisert: 30. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. februar 2026.