
Kasuistikker: klikkagn eller hellig gral?

DEBATT

MAY BRIT LUND

m.b.lund@medisin.uio.no

May Brit Lund er dr.med., spesialist i indremedisin og lungesykdommer, førsteamanuensis em. ved Universitetet i Oslo og tidligere seksjonsoverlege ved Lungeavdelingen ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

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

Kasuistikker selges inn som «noe å lære av». Man kan alltid lære noe. Men er ikke «lærdommen» som formidles i slike kasuistikker, ofte både tvilsom og unødvendig – og av og til direkte farlig?

Kasuistikker er in. Markedet er stort. Og de selger. I alle medisinske tidsskrift breier kasuistikkene seg ut, som kriminallitteratur i bokbransjen. Mange kasuistikker likner krim: god underholdning, spennende plot, kan leses på trikken og under et kjedelig møte. Kasuistikker er enkle å lese. Og enkle å skrive. De stiller ingen store krav til verken forfatter eller leser. Ingen oddsratio, konfidensintervall eller *p*-verdier. I Tidsskriftet er artikler i denne sjangeren alltid å finne på listen over «mest lest».

En gang var kasuistikker korte, uanselige brev til redaktøren, forvist til en plass bakerst i tidsskriftet. I dag? Ikke bare har de status som egen sjanger, de har fått egne tidsskrift. Listen over PubMed-indekserte kasuistikktidsskrift er lang. De fleste spesialiteter har sine *Case Report*-tidsskrift. Det er bare å følge alfabetet, i alt 43 tidsskrift fra *Case Reports in Anesthesiology* til *Case Reports in Vascular Medicine*. Og den nye populariteten til kasuistikkene er ikke bare et tidsskriftfenomen. På fagmøter og kongresser er det egne sesjoner. Med diplomer, blomster og pengepremier til de beste.

Tre typer kasuistikker

Den vanligste kasuistikken er fortellingen om en pasient som innlegges med alvorlige og uklare symptomer, og der det først etter en lang og omfattende utredning avsløres en sjelden sykdom. Her er det paralleller til kriminallitteraturen. Utredningen er som en etterforskning – en nervepirrende kamp mot klokka, det er mange mistenkte, og sporene fører i flere retninger. Først i siste sekund kommer den overraskende oppklaringen, og den livsfarlige skurken (diagnosen) blir endelig avslørt. I Tidsskriftet presenteres slike kasuistikker med navnet Noe å lære av. Men er de egentlig det for den vanlige leser? Hvis utredningen ender med en diagnose som er så sjelden at selv spesialister innen fagområdet knapt nok vil komme borti den? Som faglig underholdning er det greit. Men som lærdom?

«Fagfellevurdering bidrar til å gi kasuistikker en falsk vitenskapelighet»

Den andre typen er kasuistikker som beskriver noen få pasienter som får frapperende – av og til livreddende – effekt av et medikament som ikke har indikasjon ved den aktuelle sykdommen. Det dreier seg gjerne om livstruende eller kronisk invalidiserende tilstander. Et eksempel er rituksimab mot ME [\(1\)](#). Rapporten om tre ME-pasienter som ble bedre med rituksimab, utløste enorme forventninger hos pasienter og pårørende og tallrike presseoppslag med krav om behandling [\(2\)](#). Vi husker også hypen rundt Plaquenil under covid-19-pandemien, der en del norske leger gikk av hengslene og skrev ut resepter til familie og venner [\(3\)](#). For begge medikamentene ble effekten tilbakevist i robuste randomiserte kontrollstudier [\(4, 5\)](#). Problemet er seleksjonsbias og selektiv rapportering. I beste fall er slike kasuistikker hypotesegenererende for kontrollstudier som kan bekrefte eller avkrefte den påstått positive effekten. Men de aller fleste blir aldri etterprøvd. De blir stående som begeistrede vitnesbyrd som er lette å selge inn når andre behandlingsalternativer mangler.

Den tredje typen kasuistikk er annerledes. Den er både nyttig og viktig. Alvorlige bivirkninger ville ikke blitt avdekket uten den. Fødselslegen William McBrides *Letter to the Editor* i The Lancet i 1961 er et historisk eksempel [\(6\)](#). McBride hadde observert en mulig sammenheng mellom talidomid og fosterskader, og spurte om andre hadde sett det samme. Et kjent eksempel i våre dager er den norske kortrapporten om fem pasienter med livstruende blødningskomplikasjoner etter AstraZeneca-vaksinen mot covid-19 [\(7\)](#). Som vi alle vet, fikk rapporten avgjørende og vidtrekkende konsekvenser.

Slutte med kasuistikker?

Bør tidsskriftene slutte å publisere kasuistikker? Nei, selvsagt ikke. Det er omfanget jeg problematiserer. Det store antallet og kasuistikker lange som originalartikler. Kasuistikker publisert som brev til redaktøren kan ha en nyttig funksjon. De setter fokus på en tilstand og en mulig sammenheng eller bivirkning, og kan av og til gi grunnlag for vitenskapelige studier. Slike kasuistiske meddelelser pretenderer ikke å gi et selvstendig kunnskapsgrunnlag. Det gjør derimot de nye kasuistikkene, som i tillegg får styrket sin status ved at de nå også blir fagfellevurdert.

Jeg har lang erfaring som fagfellevurderer for ulike tidsskrift, og de senere årene har forespørslene i økende grad dreid seg kasuistikker. Slik jeg ser det, bidrar fagfellevurdering til å gi kasuistikker en falsk vitenskapelighet. For hva er det egentlig som kan vurderes? Språk? Disposisjon? Originalitet? Luke ut de mest tvilsomme sammenhengene og de mest spekulative konklusjonene?

Spissformulert

Dette er en debattartikkel, og derfor har jeg satt saken på spissen. Før kasuistikkfansen tar til tastaturet, vil jeg presisere. Jeg ønsker ikke å utestenge kasuistikker. Det jeg ønsker, er å løfte frem de viktige kasuistikkene, de som nå står i fare for å drukne i flommen av rariteter og lettvint faglig underholdning. For de som er interessert i en grundig gjennomgang av kasuistikk som sjanger, kan jeg anbefale oversiktsartikkelen til Trygve Nissen og Rolf Wynn [\(8\)](#).

REFERENCES

1. Fluge Ø, Mella O. Clinical impact of B-cell depletion with the anti-CD20 antibody rituximab in chronic fatigue syndrome: a preliminary case series. BMC Neurol 2009; 9: 28. [PubMed][CrossRef]
2. Nordmark I, Evensen MR. ME-syke strømmer til omstridt behandling. NRK 17.3.2015. <https://www.nrk.no/rogaland/me-syke-strommer-til-omstridt-behandling-1.12709637> Lest 22.3.2023.
3. Hellem-Hansen VL. Leger bryter retningslinjene – skriver ut malariamedisin til familie og venner. NRK 23.3.2020. <https://www.nrk.no/norge/leger-bryter-retningslinjene--skriver-ut-malariamedisin-til-familie-og-venner-1.14956832> Lest 22.3.2023.
4. Fluge Ø, Rekeland IG, Lien K et al. B-Lymphocyte Depletion in Patients With Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. Ann Intern Med 2019; 170: 585–93. [PubMed][CrossRef]

5. Amani B, Khanijahani A, Amani B. Hydroxychloroquine plus standard of care compared with standard of care alone in COVID-19: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Sci Rep* 2021; 11: 11974. [PubMed][CrossRef]
 6. McBride WG. Thalidomide and congenital abnormalities. *Lancet* 1961; 278: 1358. [CrossRef]
 7. Schultz NH, Sørvoll IH, Michelsen AE et al. Thrombosis and Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCoV-19 Vaccination. *N Engl J Med* 2021; 384: 2124–30. [PubMed][CrossRef]
 8. Nissen T, Wynn R. The clinical case report: a review of its merits and limitations. *BMC Res Notes* 2014; 7: 264. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 8. mai 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0229

Mottatt 23.3.2023, første revisjon innsendt 1.4.2023, godkjent 12.4.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. februar 2026.