



Are Brean (f. 1965) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet og overlege ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Foto: Einar Nilsen

Medisinske myter er vanskelige å få øye på og vanskelige å bli kvitt. Men noen får det til

Myteknuserne

Som leger bekjenner vi oss til et naturvitenskapelig paradigme, der enhver påstand må testes rasjonelt og empirisk før den kan aksepteres som sann. Dette er idealet for vår praksis, men slett ikke alltid beskrivende for den. For den kliniske virkeligheten er møkkete – gjennomsnittspasienten finnes ikke, symptomer er vanskelige å tolke og behandlingseffekter påvirkes av forhold vi ikke har oversikt over eller kontroll på.

En kliniker tar hver dag hundrevis av små og store beslutninger. Bare noen få av disse er basert på sikker viten – det er en kløft mellom strengt kunnskapsbasert praksis og våre daglige kliniske avgjørelser. I mangel av vitenskapelige bevis må vi basere oss på annen kunnskap vi har opparbeidet – kunnskap som stammer fra grunn- og spesialistutdanningen og klinisk erfaring, det man kan kalle vår kliniske ballast. Denne er i stor grad overlevert muntlig – mer enn vi liker å tro. Den kommer fra forelesere, klinikkundervisere og veiledere, fra morgenmøter, spesialistkurs, konferanseforedrag og samtaler med erfarne kolleger. Alt dette er viktige læringsarenaer som former oss som leger og kliniske beslutningstakere. Men dette er også arenaer der kunnskapen ofte hviler mer på autoritet enn på evidens. Dette er læring som min gamle veileder kalte *læring ved diffusjon og osmose*. Den er effektiv, men kan også være forrædersk. Gjentatte overleveringer, gjentakelser og gjenfortellinger bidrar til «kliniske sannheter» som ved nærmere ettersyn viser seg å være medisinske myter uten empirisk belegg.

Mange medisinske myter er grundig tilbakevist og har mistet fotfestet hos leger. Gode eksempler er at sukker gjør barn hyperaktive, at vi bruker bare 10 % av hjernen og at det fødes flest barn ved fullmåne (1–3). Men slike myter kan fortsatt leve i beste velgående blant folk. Og det er ikke lenge siden de også var aksepterte sannheter blant leger – nedarvet fra autoriteter ved «diffusjon og osmose».

Myter kan knuses, men det krever mot og et kritisk blikk på egen praksis. For det er forbløffende vanskelig å få øye på mytene vi så gjerne holder fast ved. Derfor er det godt at det finnes kolleger som tør se ordentlig etter. I dette nummer av Tidsskriftet er det to eksempler på dette (4, 5). At traumatiske hudsår må lukkes innen 6–8 timer, har vi alle sammen lært på studiet – rekk opp hånden den som noen gang har hørt noen betvile denne «sannheten»! Knut Steen har gått kritisk gjennom litteraturen og konkluderer med at

mange sårskader sannsynligvis kan lukkes senere uten at faren for infeksjon blir større (4). Heller ikke den gamle og hardnakkede troen på at metronidazol aldri må kombineres med alkohol, viser seg å holde vann i møte med tilgjengelig dokumentasjon, slik Hilde Fjeld & Guttorm Raknes viser (5). Og relativt nylig viste Vilhjalmur Finsen, også her i Tidsskriftet, at det ikke finnes belegg for den «gamle visdommen» om at lokalbedøvelse med adrenalin kan gi nekrose i fingre og tær (6).

I en uoversiktlig og kaotisk virkelighet kan myter gi oss en tiltrengt følelse av kontroll. Som leger lærer vi opp i en tradisjon der det viktigste er å ikke skade – *primum non nocere*. Samtidig forordner vi potente legemidler og gjennomfører prosedyrer som kan være direkte skadelige. Enkle tommelfingerregler – slik som «aldri adrenalin i fingre og tær!» og «aldri metronidazol og alkohol sammen!» – skaper trygghet og følelse av mestring. Kanskje er det derfor medisinske myter som er myntet på å unngå alvorlige komplikasjoner ser ut til å være ekstra hardnakkede og vanskelige å få øye på.

Det er fascinerende at vår moderne høyteknologiske medisinske verden også er en verden av udokumenterte myter og tradisjoner (7). Vi ønsker alle at moderne medisin skal være bygd på empirisk vitenskap – det er det som skiller den fra alternativmedisinens hang til myter, overtro og anekdotiske bevis. Likevel er det et gap mellom kunnskapsbasert praksis og de beslutninger leger i klinisk arbeid må ta hver eneste dag. Det gapet må vi fylle som best vi kan, men det må ikke hindre oss i å være konstant på kritisk jakt etter medisinske myter. Det finnes flere av dem enn vi tror.

Litteratur

1. Krummel DA, Seligson FH, Guthrie HA. Hyperactivity: is candy causal? Crit Rev Food Sci Nutr 1996; 36: 31–47.
2. Vreeman RC, Carroll AE. Medical myths. BMJ 2007; 335: 1288–9.
3. Ytterstad E, Brenn T. Daglige fødselstall for Norge 1989–93. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1098–101.
4. Steen K. Bør traumatiske hudsår lukkes innen åtte timer? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1657–60.
5. Fjeld H, Raknes G. Er det virkelig farlig å kombinere metronidazol og alkohol? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1661–3.
6. Finsen V. Nekrose i fingre og tær etter lokalbedøvelse med adrenalin – en vandrehistorie? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1827–30.
7. Hem E. Er 72 % av norske leger deprimerte? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 929.