
Krever medisinsk praksis fortsatt god dømmekraft?

ESSAY

ANDREAS ERIKSEN

anderik@oslomet.no

Andreas Eriksen er filosof og førsteamanuensis ved Senter for profesjonsforskning, OsloMet.

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

Noen mener at individuell profesjonell dømmekraft er sand i kunnskapsmaskineriet og bør begrenses så mye som mulig. Men alternativet er en medisinsk praksis styrt av verktøyenes tause prioriteringer.

Medisinsk kunnskap blir stadig mer kompleks, og den fordeles mellom spesialiserte grener og avdelinger. Allerede i 1989 uttalte to av tre amerikanske leger at den nåværende mengden vitenskapelig informasjon var for stor til at de kunne få en rimelig oversikt på egen hånd (1). I tråd med dette har man lenge påstått at medisinsk kunnskap har blitt «unmanageable and unfathomable» (2). Det dreier seg nå om store datasett, avanserte statistiske metoder og kompliserte forhold mellom mange variabler. Derfor trengs kunnskapsformidlende institusjoner, retningslinjer og avanserte former for beslutningsstøtte. Det er altså ikke bare slik at helsepersonell i stor grad må stole på hva forskningen sier, de må stole på hva *andre* sier er relevant og god forskning.

Dette reiser grunnleggende spørsmål om hvordan vi bør forstå profesjonell praksis. Er begreper som profesjonell dømmekraft og individuelt ansvar utdaterte? Bør vi heller tenke på helsepersonell som noder i et nettverk av prosedyrer og verktøy som skaper en slags maskinlignende pålitelighet? Det vil i så fall være i strid med dagens etiske og juridiske krav om at *den enkelte* profesjonsutøver skal bygge sin praksis på forskningsbasert kunnskap.

«Er begreper som profesjonell dømmekraft og individuelt ansvar utdaterte? Bør vi heller tenke på helsepersonell som noder i et nettverk av prosedyrer og verktøy som skaper en slags maskinlignende pålitelighet?»

En lege skal ifølge de etiske reglene for leger § 10 ikke bare «holde sine kunnskaper ved like og stadig sørge for å fornye dem», men også «etter sin kompetanse bidra til utvikling og formidling av den medisinske viten». I samme ånd stiller helsepersonelloven krav til den enkelte om at arbeid skal utføres i samsvar med krav til «faglig forsvarlighet» (§ 4), der Helsebibliotekets kommenterte versjon viser til en plikt til å holde seg «tilstrekkelig oppdatert» (3). Men hva slags type faglig dømmekraft skal den enkelte profesjonsutøver egentlig utøve når beslutningsgrunnlaget ofte er delvis utilgjengelig på grunn av spesialisering?

Begrense skjønnnet så mye som mulig?

Flere filosofer har i lang tid argumentert for at vi bør tenke mindre på tillit til den enkelte og mer på påliteligheten i prosesser, som blant annet uttalt av Abraham Schwab: «Gitt at kravene om epistemisk ansvar tilsier at vi baserer påstander på pålitelige prosesser, kan klinikere trekke noen klare slutninger. Spesielt bør evidensbasert medisin fortsatt omfavnes, og *bruken av individuelle klinikers dømmekraft bør begrenses så mye som mulig*» (4, s. 308–9, min oversettelse og utheving). Filosofene som hevder dette, mener altså at medisinske vurderinger bør produseres av systemer som ikke forstyrres av helsepersonells individuelle skjønnbruk. Ifølge dette perspektivet bør den enkelte lege være en nøytral formidler, et medium snarere enn en selvstendig og profesjonell vurderingsinstans.

Ta for eksempel en fastlege som sier til sin pasient: «Jeg ser på resultatene av CT-skanningen din, og alt ser bra ut her.» Ettersom medisinen har blitt spesialisert og det diagnostiske arbeidet har blitt fordelt mellom ulike enheter, vil slike utsagn angivelig skape et misvisende inntrykk om at individuell profesjonell vurdering fortsatt betyr noe. Som en filosof har beskrevet situasjonen: «Mens du stilltiende antok at den faglige vurderingen du stolte på for å bli beroliget om helsen din, var din personlige leges, fungerte din profesjonelle lege faktisk *bare som en talperson* for et nettverk av helsepersonell, ukjent for deg, som utførte og analyserte dine medisinske tester» (5, s. 88, min oversettelse og utheving).

«Vi hverken kan eller bør redusere profesjonsutøvere til nøytrale medium eller rene 'talpersoner'. Spørsmålet er ikke hvor mye dømmekraft som trengs, men snarere hvilket type dømmekraft»

Men betyr mer spesialisering, arbeidsdeling og beslutningsstøtte mindre bruk av profesjonell dømmekraft? Nei, vi hverken kan eller bør redusere profesjonsutøvere til nøytrale medium eller rene «talpersoner». Spørsmålet er ikke hvor *mye* dømmekraft som trengs, men snarere *hvilken type* dømmekraft. Nye kilder til kunnskap og beslutningsstøtte krever nye tenkemåter og nye former for ansvar.

Hard annenhåndskunnskap

Et første steg for å beskrive den nye typen dømmekraft er å ta den kunnskapsmessige avhengighetsrelasjonen på alvor. Helsepersonell er stadig mer overgitt til en type annenhåndskunnskap som innebærer at de må godta noen påstander uten å kunne vurdere premissene. Vi kan kalle dette for *hard* annenhåndskunnskap.

For å forstå hard annenhåndskunnskap er det greit å først ta en titt på den *myke* varianten. Et eksempel på myk annenhåndskunnskap kan være når vi får en vitenskapelig artikkel i hånden. Her ser vi de metodiske stegene og vi vet at om ønskelig kan vi gå resonnementene i sømmene. Dette er kunnskap der premissene for konklusjonen i prinsippet er tilgjengelige. Den er altså «myk» i den forstand at vi kan omgjøre konklusjonen til noe som ligner førstehåndskunnskap, fordi vi har så og si oppskriften i hånden. I slike situasjoner kan vi ofte velge selv om vi skal godta konklusjonen ut fra tillit eller undersøke nærmere.

Men helsepersonells møte med forskning handler altså ikke om myk annenhåndskunnskap. Helsepersonell får ofte et ferdig svar uten tilgang til, eller praktisk mulighet for, å etterprøve premissene eller resonnementene bak. Dette skyldes ikke bare en hektisk hverdag. En lege kan for eksempel få råd fra evidensbaserte retningslinjer som bygger på metaanalyser med komplekse statiske modeller som ikke lar seg etterprøve fra legekontoret. Det er altså en type hard annenhåndskunnskap der påstander må tas for god fisk uten tilgang til kritisk vurdering av premissene.

«Det å begrense KI-system til etterprøvbare prosesser kan innebære å begrense deres presisjon»

KI-verktøy for beslutningsstøtte kan skape en analog situasjon. Helsepersonell kan få en diagnose fra et KI-verktøy som har vist stor treffsikkerhet i tolking av røntgenbilder, uten muligheter for å etterprøve stegene som ledet fram til konklusjonen. Å begrense slike KI-system til etterprøvbare prosesser kan innebære å begrense deres presisjon (6).

Forskningslitterasitet 2.0

Men at profesjonsutøvere må basere seg på hard annenhåndskunnskap betyr ikke nødvendigvis at det trengs *mindre* dømmekraft (og kvantifisering av bruk av dømmekraft er uansett temmelig vanskelig). Det kan snarere oppstå et behov for en annen *type* dømmekraft. Her kan det være verdt å gå tilbake til utgangspunktet for evidensbevegelsen.

Evidensbasert medisin bygget opprinnelig på en tanke om at helsepersonell trenger mer *forskningslitterasitet* (research literacy) (7, s. 2). Som vi straks skal se, har det vært nokså ambisiøse tanker om hva forskningslitterasitet innebærer for den enkelte profesjonsutøver. Men vi bør likevel ikke kaste denne ideen på båten. Det trengs i stedet en type forskningslitterasitet som er rettet mot hard annenhåndskunnskap.

Vi kan først se på den tradisjonelle definisjonen, som framhever at det handler om god forståelse og anvendelse av primærlitteratur (8, min oversettelse): evnen til å «finne, tolke og kritisk vurdere primærmedisinsk litteratur»; kjennskap til et «mangfold av tilgjengelige forskningsdatabaser og [evne] til å strukturere sine kliniske spørsmål på en måte som optimaliserer søkbarhet og litteraturgjenfinning»; evnen til å «bestemme om resultatene av studien er klinisk meningsfulle og relevante for deres eget arbeid innen feltet».

«Det er begrenset hvor mye 'kritisk vurdering' av oppdatert primærmedisinsk litteratur det er realistisk å forvente i praksis»

Men gitt at medisinsk kunnskap har blitt «unmanageable and unfathomable» (2), er det begrenset hvor mye «kritisk vurdering» av oppdatert primærmedisinsk litteratur det er realistisk å forvente i praksis. Bare å holde oversikt over forskningsbaserte retningslinjer er en nærmest uoverkommelig oppgave i seg selv. Vi trenger et oppdatert begrep om forskningslitterasitet – *forskningslitterasitet 2.0* – som tar høyde for at mye medisinsk kunnskap må bygge på hard annenhåndskunnskap. Mitt forslag er utvikle en alternativ tredeling av begrepet forskningslitterasitet:

1. Velbegrunnet tillit (til forskning, retningslinjer, osv.)
2. Pragmatisk integrasjon (av ulike verktøy/kunnskapskilder)
3. Tillitbevarende ansvarstaking (stå inne for vurderinger tatt ved hjelp av punkt 1 og 2)

Målet med dette oppdaterte begrepet er å vise hvordan forskningsbasering av praksis fortsatt krever anerkjennelse av at helsepersonell må utøve individuell profesjonell dømmekraft, inkludert etisk vurderingsevne. I det følgende vil hvert av disse tre elementene presenteres og begrunnes.

Velbegrunnet tillit

Den enkelte profesjonsutøver må ta stilling til hvilken type kunnskapsmessig støtte som er forsvarlig. Det gjelder å vurdere hvem eller hva som har reell faglig tyngde: Har denne pasienten et tilfelle hvor det finnes gode nasjonale retningslinjer? Er diagnoseverktøyet utviklet for denne målgruppen? Har laboratoriet egentlig kompetanse på denne typen spørsmål? Det handler også om å avdekke skjevheter og se på hvilke prioriteringer som ligger inne i verktøyene: Er de vektet mot type I- eller type II-feil? Hva er farligst? Tar verktøyene høyde for komorbiditet og kostnadseffektivitet? Er de utformet med tilstrekkelig sensitivitet for det norske helsystemet eller variasjon i pasientpreferanser?

Vurdering av tillitsverdighet krever også refleksjon over hvordan rådene blir kommunisert. Et eksempel er automatiseringsskjevhet, som kan ses på som en type autoritetsskjevhet. Den oppstår når brukere slutter å anse verktøy som en støtte og i stedet tar rådene uten selvstendig refleksjon. Dette er uheldig dersom verktøyene egentlig bygger på dårligere beslutningsgrunnlag enn det man har selv, eller når de er ment å integreres med et bredere sett av hensyn (pasientpreferanser, ressurser, kompetanse, osv.).

Varslingstretthet (alert fatigue) har ikke har fått like mye oppmerksomhet i forskningslitteraturen, men er også viktig (9). Fenomenet oppstår når digitale beslutningsstøtteverktøy genererer et stort antall varsler eller anbefalinger uten å

tydelig skille mellom hva som er kritisk og hva som er mindre viktig. En rød trekant i det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS kan være et eksempel. Den kan gjelde ulike typer farer uten å skille mellom alvorlige og mindre alvorlige scenarioer. «Pasienten er allergisk mot penicillin» kan være mer kritisk enn at «prøvesvar må følges opp», men helsepersonell kan bli overeksponert for varsler og dermed mindre oppmerksomme på innholdet. Konsekvensen kan bli at man rutinemessig klikker seg gjennom og dermed ignorerer informasjon som faktisk er relevant. Det er derfor viktig å være bevisst på hvordan slike verktøy kommuniserer, slik at man ikke utvikler en form for tretthet eller likegyldighet overfor varsler generelt.

«Helsepersonell kan bli overeksponert for varsler og dermed mindre oppmerksomme på innholdet. Konsekvensen kan bli at man rutinemessig klikker seg gjennom og dermed ignorerer informasjon som faktisk er relevant»

Pragmatisk integrasjon

Som profesjonsutøver skal man se på verktøyene som deler av en større handling. Det gjelder å koble verktøyene til *medisinske* mål, hvor dette inkluderer profesjonsetikkens prinsipper om respekt for autonomi, omtanke og rettferdighet. «Pragmatisk» integrasjon er altså ikke tenkt som en motsats til å være prinsipiell. Det handler om å være pragmatisk ved å utvise følsomhet for hva medisinsk praksis egentlig handler om.

Integrasjon av ulike evidensbaserte verktøy krever at profesjonsutøvere inntar en holdning hvor de ser på verktøyene som bærere av verdier og prioriteringer, ikke bare fakta. Legen og etikeren Eric Cassell framholdt at «integrasjon er ikke addisjon» (9, s. 181). Det var før dagens verktøy, men det samme poenget gjelder fortsatt: Man kan ikke bare legge verktøyene sammen og tenke at man får det mest nøyaktige svaret. Det kan i stedet være at de forsterker skjevheter hos hverandre. For eksempel kan et diagnostisk verktøy med høy sensitivitet og lav spesifisitet føre til falskt positive svar. Dette kan følges opp av retningslinjer som følger et aggressivt doseringsregime, samtidig som de nedtoner bivirkninger. Til slutt kan et verktøy som hjelper pasienter med informerte beslutninger (samvalgsverktøy) ha formuleringer som implisitt styrer pasientenes preferanser i retning behandling. Samlet sett kan da verktøyene få en behandling til å virke opplagt, selv om diagnosen egentlig er usikker, bivirkningene er underkommunisert og prosedyren er normalisert i samvalgsverktøyet på misvisende grunnlag.

Her kunne man også valgt et eksempel hvor alle verktøy peker i ulike retninger, poenget ville blitt det samme. Verktøyene er ikke nøytrale, og bruken av dem innebærer prioriteringer. De er derfor ikke *erstatninger* for dømmekraft eller måter å minimere skjønn. De krever en *ny type* skjønnsforståelse. Samtidig er det jo veldig vanskelig å overskue hvordan risiko og skjevheter i ulike retningslinjer, KI-verktøy og arbeidsdelinger mellom spesialister kan og bør virke sammen. Men det understreker bare behovet for at man gjør et forsøk på å la prioriteringene styres av profesjonelle vurderinger snarere enn verktøyenes tause prioriteringer.

«Verktøyene er ikke nøytrale, og bruken av dem innebærer prioriteringer. De er derfor ikke erstatninger for dømmekraft eller måter å minimere skjønn»

Tillitsbevarende ansvarstaking

Det siste elementet i en oppdatert versjon av forskningslitterasitet handler om at helsepersonell selv *går god* for de verktøyene de bruker. Å bruke et evidensbasert verktøy som profesjonsutøver betyr ikke at man kan delegere begrunnelsen og ansvaret til retningslinjen eller beslutningsstøtten.

Helsepersonell kan ikke bare si «det ble feil, men det var verktøyet sin skyld». De står selv som garantister (selvfølgelig med kontekstbestemte graderinger av ansvar). Det er ikke først og fremst pasienten som skal ha tillit til retningslinjer eller andre verktøy, det er profesjonsutøverne som skal ha tillit til verktøyene og ta konsekvensene. Det pasienten skal kunne ha tillit til, er at profesjonsutøveren bruker verktøyene på en fornuftig måte.

Tillitsbevarende ansvarstaking handler derfor om å *stå for beslutningen*, også når den bygger på hard annenhåndskunnskap. Å stå for en vurdering innebærer å ta ansvar for konsekvensene av egne vurderinger og håndtere feil eller usikkerhet på en konstruktiv måte. I stedet for å fokusere på individuell skyld eller klanderverdighet, handler det om å møte situasjonen med tiltak som kan komme pasienten til gode. Man opprettholder altså tillitsgrunnlaget gjennom både å anerkjenne at beslutningen dekkes av et profesjonelt ansvar snarere enn et rent upersonlig verktøy og å gjøre det som er mulig for å rette opp eller begrense skadevirkningene. Dersom et verktøy for eksempel har ført til falskt negative svar, kan det være nødvendig å kompensere med ekstra ressurser eller oppfølging for å redusere konsekvensene av forsinket behandling.

Verdier skaper tillitsverdighet

Fravær av individuell dømmekraft i medisinsk praksis kan nok føre til mer forutsigbarhet og standardiserte løsninger. Men dette leder ikke i seg selv til *tillitsverdighet*. Helsepersonell skal møte individuelle pasienter, ofte med sammensatte utfordringer, i en kontekst med begrensede ressurser og tøffe prioriteringer. Da trengs det følsomhet for den konkrete pasientens behov og kontekstens faktiske muligheter – altså profesjonell dømmekraft. Ikke i den forstand at individuell dømmekraft erstatter hard annenhåndskunnskap, men snarere at dømmekraften fortsatt er virksom i å styre verktøyene i tråd med medisinenes etiske samfunnsoppdrag.

Det å anerkjenne at medisinsk praksis bygger på hard annenhåndskunnskap, bør derfor anspore oss til å tenke nytt om dømmekraftens oppgaver. Jeg har argumentert for at vi bør tenke kvalitativt snarere enn kvantitativt. Spørsmålet er ikke hvor mye dømmekraft som blir igjen, men hvordan oppgavene endres. Her er det viktig å tydeliggjøre hva alternativet er: Å ta bort profesjonell dømmekraft betyr ikke å fjerne verdivalgene til fordel for en nøytral og rent kunnskapsbasert praksis. Det er snarere å overføre verdivalg til et sett med ugjennomsiktige verktøy og prosesser.

LITTERATUR

1. Nagtegaal R, Tummers L, Noordegraaf M et al. Nudging healthcare professionals towards evidence-based medicine: A systematic scoping review. *J Behav Public Adm* 2019; 2: 1–20. [CrossRef]
2. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014; 348 (jun13 4): g3725. [PubMed][CrossRef]
3. Helsebiblioteket. Helsepersonelloven med kommentarer. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer> Lest 14.11.2025.
4. Schwab AP. Epistemic trust, epistemic responsibility, and medical practice. *J Med Philos* 2008; 33: 302–20. [PubMed][CrossRef]
5. Shieber J. Socially distributed cognition and the epistemology of testimony. I: Fricker M, Graham PJ, Hendersen D et al, red. *The Routledge Handbook of Social Epistemology*. London: Routledge, 2020: 87–95.
6. London AJ. Artificial intelligence and black-box medical decisions: accuracy versus explainability. *Hastings Cent Rep* 2019; 49: 15–21. [PubMed][CrossRef]
7. Wyer P, da Silva SA. 'All the King's horses...': The problematical fate of born-again evidence-based medicine: Commentary on Greenhalgh T, Snow R, Ryan S, Rees S, Salisbury H. Six 'biases' against patients and carers in evidence-based medicine. *BioMed Central Medicine* 2015; 13:200. *J Eval Clin Pract* 2015; 21: E1–10. [PubMed][CrossRef]
8. Senders A, Erlandsen A, Zwickey H. The importance of research literacy: Developing the critical skill of interpreting medical research. *Natural Medicine Journal* 2014; 6.
9. Cassell EJ. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1991.

Publisert: 26. november 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0625
Mottatt 20.10.2025, første revisjon innsendt 17.11.2025, godkjent 17.11.2025.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 12. september 2026.