

Når legen blir i tvil – et litteraturstudie om usikkerhet hos leger

5.årsoppgave på medisinstudiet – Universitetet i Tromsø 2014

Guro Fondevik og Rune Erlandsen, kull -09 UiT



Forord

Denne oppgaven er en 5.årsoppgave, som inngår som en del av medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø, hvis hensikt er at studentene skal fordype seg i et medisinsk tema. Oppgaven ble utlyst av vår veileder, og ble valgt da vi så på dette som et svært interessant og relevant tema for oss som vordrende leger. Opprinnelig var det tenkt at oppgaven skulle gjøres ved observasjon av leger i allmennpraksis, for så å analysere deres reaksjoner og håndteringer av usikkerhet. Etter at vi kom tilbake fra vår egen praksis på 5. studieår, med egne tanker om og erfaringer med usikkerhet, ble vi enige om at et litteraturstudie trolig ville være bedre egnet. Først og fremst fordi vi ønsket å sammenligne litteraturen med våre egne erfaringer og tanker rundt usikkerhet i medisinen, men også siden et så lite observasjonsmateriale gjort av oss to over en så relativt begrenset tidsperiode som på studiet er avsatt til 5.årsoppgaven, kanskje egner seg mindre.

Vi har begge forfattere arbeidet med alle aspekter av oppgaven, men Guro Fondevik har fordypet seg mer i kommunikasjonsdelen av oppgaven, mens Rune Erlandsen på sin side har jobbet mest med usikkerhet i diagnostikken.

Vi ønsker å takke vår veileder, Dr. Torsten Risør, for god hjelp og veiledning gjennom hele prosessen med oppgaveskriving, samt ønsker vi å berømme hans tålmodighet med oss.

Vi ønsker begge å takke familie og venner for at de har vært støttende og forståelsesfulle gjennom hele oppgaveprosessen, som til tider har vært ganske så krevende.

22.05.2014 Tromsø

Guro Fondevik

Rune Erlandsen

Innholdsfortegnelse

Forord side 2

Innholdsfortegnelse side 3

Sammendrag side 4

Innledning side 5

Metode og materiale side 10

Resultater side 13

Diskusjon side 24

Konklusjon side 30

Referanseliste.....side 31

Sammendrag

Innledning og formål

Medisinfaget er et fag uten garantier og sikkerheter. Denne oppgaven tar for seg følelsen usikkerhet hos legen, med hovedfokus på allmennlegen. Usikkerhet er et tema som i liten grad tas opp på medisinstudiet, og som er relativt lite utforsket forskningsmessig. Oppgavens formål er å se på faktorer som kan gi opphav til usikkerhet hos legen, innenfor diagnostikk og kommunikasjon, og ta for seg hvordan legen eventuelt kan forholde seg til usikkerheten.

Materiale og metode

Dette studiet er et litteraturstudie, og benytter seg av den eksisterende litteraturen som finnes om usikkerhet innen diagnostikk og kommunikasjon. Litteraturen ble funnet ved fritekstsøk i PubMed, med bruk av søkebegreper som «medical uncertainty», «uncertainty primary care», «doctor patient communication», med flere. Abstraktene tilhørende de artikler vi fant ble så lest for å kunne plukke ut de mest relevante artiklene.

Resultater

Litteratursøket resulterte i henholdsvis 4 og 8 artikler relevante for de respektive temaene kommunikativ og diagnostisk usikkerhet. Det foreligger en relasjon mellom kommunikasjonskvalitet under konsultasjon og helsemessig utfall hos pasienten. Legens kroppsspråk affiserer hvordan pasienten kommuniserer med legen. Dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient kan gi upassende bruk av helsetjenester. Det ble funnet store problemer knyttet til bruk av tolketjenester. Usikkerhet påvirker legers bruk av elektroniske informasjonsressurser. Usikre leger viste lavere produktivitet, men i noen tilfeller høyere diagnostisk presisjon. Uformelle samtaler med andre leger, bruk av internettressurser og spesialisthenvisninger ble dratt fram som hjelpsomme verktøy når legene var usikre på diagnostisering. Pasientfornøydhet var invers korrelert med pasientenes fornemmelse av legens usikkerhet.

Diskusjon og konklusjon

Usikkerhet er ufravikelig i medisinen, men trenger ikke utelukkende være en negativ egenskap. Å kunne kommunisere godt har stor verdi både for diagnostikk og ressursbruk. Leger har flere ulike metoder for å takle usikkerhet, og foretrukne strategier varierer. Usikkerhet vies lite oppmerksomhet, og vårt studie bekrefter dette ved å vise at litteraturen er begrenset. Det kan tenkes at usikkerhetens negative sider, som dårligere lege-pasientforhold og økt jobbstress hos leger, vil kunne forbedres dersom usikkerhet blir et mer akseptert og utforsket tema i medisinen.

Innledning

“Education: the path from cocky ignorance to miserable uncertainty.”(1)

- Mark Twain

Den raske utviklingen innen teknologi og fagfelter som medisin, har kanskje paradoksalt bare ført til å øke usikkerheten – fravær av sikker kunnskap på det aktuelle tidspunktet. «Usikkerheten omslutter og grenser til det kjente, så jo mer som er kjent, jo mer usikkerhet vil man oppleve» (2)

Mennesker har et grunnleggende behov for sikre svar. Vi føler oss ofte ukomfortable med å ikke kunne forutsi et resultat, og vi ønsker å sitte med svarene. De mange tusen ulike guder og skaperhistorier som ulike sivilisasjoner har fostret opp igjennom tiden, vitner om dette behovet. Et interessant dokumentert eksempel for å illustrere dette, ser vi hos det sentralafrikanske azandefolket, hvis forklaringsmodell for sykdom ble beskrevet i et studie fra 1937. Hos azandefolket eksisterer ikke begrepene uflaks eller uhell. Alt som vi i vestlige samfunn ville kunne klassifisert som slikt, inkludert sykdom og død, kan azandefolket forklare ved hjelp av magi og trolldom. Usikkerhet blir da ikke-eksisterende(2). Det finnes flere eksempler på lignende tankesett fra ulike, historisk adskilte kulturer. Dette gjenspeiler det grunnleggende behovet mennesker har for å forstå, og å vite ting med sikkerhet. Det kan nærmest lyde paradoksalt fra vårt standpunkt når dette behovet tilfredsstilles ved å trekke slike tilsynelatende «urasjonelle konklusjoner», og det kan synes at et svar, uansett hvor lite begrunnet eller opplyst det er, kan være bedre enn å måtte godta usikkerhet. Men sett fra Azandefolkets perspektiv er trolig vår tenkemåte like urasjonell; og en verden uten usikkerhet er kanskje en bedre verden?

Usikkerhet er en del av omtrent alle aspekter med den medisinske hverdagen i allmennpraksis, som enkelt sagt dreier seg om diagnostisering og behandling av sykdom hos pasienter, som i utgangspunktet har en relativt lav sykdomsprevalens. Usikkerheten inngår i selve diagnostikken og de prøver og tester man benytter seg av, kommunikasjonen mellom lege og pasient, eller legens egen kunnskap, erfaring og personlighet. Det finnes utallige variabler, og i omtrent hvert eneste ledd kan ting ta ulike, ofte uforutsette retninger. I klinisk medisin er det aldri sikkert at tilstand A, etter behandling B, vil gi oss resultatet C. Det er ikke engang sikkert at tilstand A i utgangspunktet foreligger, pasienten kan reagere uventet på behandling B som kan gi andre effekter enn å gi resultatet C, og det er langt i fra sikkert at pasient og lege er av samme oppfatning hva resultatet C faktisk er (3). Usikkerhet preger hvert eneste trinn i diagnose- og behandlingsprosessen. Likevel tas beslutninger, både av pasienter og av leger, som om det faktisk skulle foreligge sikkerheter og garantier.

Usikkerhet og usikre faktorer inne medisin er relativt nylig blitt et aktuelt tema. Det har selvfølgelig alltid eksistert i enhver medisinsk praksis, men med den store endringen i den medisinske kulturen som man har sett i vesten, fra en mer autoritær legerolle til pasientsentrert medisin (4), er medisinsk usikkerhet noe som har fått mer fokus i de senere år, som gjenspeiles i litteraturen som omhandler temaet (5). I tillegg til endrede maktforhold, har utviklingen innen informasjonsteknologi gjort at pasienter følgelig besitter mye mer helsekunnskap i forkant av legebesøket. Denne nye pasientkulturen og allmenne tilgjengeligheten på medisinsk kunnskap, i tillegg til medias søkelys på helsevesenet og ofte på medisinske feil som gjøres, stiller kanskje større krav til en lege i dag sammenlignet med tidligere. Det forventes kanskje i større grad et svar, som også oftere sees på med mer skepsis enn tidligere.

Vi har valgt denne problemstillingen: *”Hvilke situasjoner ved legeyrket kan gi opphav til usikkerhet hos legen, og hvordan kan denne usikkerheten eventuelt håndteres av legen?”*

Det vi konkret ønsker å se på er hvilke aspekter i relasjonen mellom lege og pasient som kan resultere i en usikkerhetsfølelse hos legen. Finnes det noen fallgruver en bør unngå, eller bør man bare akseptere at usikkerhet er en del av arbeidsdagen, og det å være lege? Vi ønsker å gjøre dette først ved å forsøke å definere usikkerhet og å dele det inn i ulike typer, samt å beskrive disse typene for usikkerhet. Deretter vil vi forsøke å besvare hvilke situasjoner som gir opphav til usikkerhet hos legen, og hvordan leger kan håndtere denne usikkerheten. For å besvare hvordan en allmennpraktiker kan håndtere usikkerhet, ønsker vi også å diskutere mestringsstrategier for ulike typer usikkerhet, samt diskutere om det kan finnes positive sider ved usikkerhet i medisinen.

Vi ønsker å skrive om dette temaet av flere årsaker. Det er for oss som 5.årsstudenter høyst relevant, da vi nylig har vært igjennom 5.årspraksis på sykehus og i allmennpraksis, og sitter igjen med mange inntrykk og opplevelser relatert til temaet usikkerhet. Det er et tema som i liten grad har blitt tatt opp på medisinstudiet, og usikkerhet i medisinen er noe som det snakkes lite om ellers i en helsefaglig hverdag, med tanke på at dette er noe som de aller fleste leger trolig møter på i løpet av sin utdanning og karriere, og da især nyutdannede leger og medisinstudenter som oss selv. Studier viser at leger i varierende grad reagerer på usikkerhet med stress (6). Samtidig ble jobbrelatert stress hos turnusleger i et norsk prospektivt studie funnet å være den viktigste faktoren som kan forklare den økte andelen mentale helseproblemer hos denne gruppen, sammenlignet med normalbefolkningen (7).

Usikkerhet og usikre faktorer er unngåelig i medisinen – det fører til feildiagnostikk, feilbehandling, tapte leveår hos pasienter og økte kostnader for samfunnet. Men er det utelukkende et onde som vi ønsker oss vekk med, eller kan usikkerhet ha positive sider ved seg? Det er uten tvil et viktig tema, som det skrives lite om.

“Medicine is a science of uncertainty and an art of probability.”(8)

- William Osler

Hva er egentlig usikkerhet? Det er et begrep som kanskje først høres åpenbart ut, men som ikke nødvendigvis trenger å være det. Usikkerhet betyr selvfølgelig fravær av sikkerhet, men hva betyr det at noe er sikkert? Dersom sjansen for at et bestemt utfall skal finne sted, må være 100% for at det er *sikkert*, altså ikke lengre usikkert, vil man i den medisinske verden aldri oppnå et fravær av usikkerhet. Med så mange skjebner som utspiller seg samtidig, vil man alltid finne tilsynelatende mirakuløse hendelser som trosser alle antatte sannsynligheter; en pasient overlever en antatt terminal diagnose, mens en annen ung og tilsynelatende helt frisk person, dør brått og uventet. Man kan altså ikke snakke om medisinsk usikkerhet som ja/nei, eller ettall og nuller. Som sitert her, så William Osler på medisinfaget som sannsynlighetenes kunst. Vi tenker i likhet med Osler at det å forholde seg til usikkerhet i medisinen, er å forholde seg til varierende sannsynligheter. Vi velger å definere medisinsk usikkerhet som at det *foreligger en betydelig sjanse for at situasjonen kan få flere enn ett bestemt utfall*.

Altså er det medisinsk usikkerhet dersom det for eksempel er en betydelig sjanse for at den diagnosen som antas er tilfellet ikke stemmer, eller at det er en betydelig sjanse for at et sykdomsforløp ikke blir å følge den veien som antas som mest sannsynlig. Men hva menes egentlig med betydelig sjanse? Dette ønsker vi ikke å definere som en viss prosent, som for eksempel at noe medisinsk usikkert er noe som antas å få et annet enn forventet utfall i 10% av tilfeller. Vi ønsker heller å la definisjonen stå åpen for tolkning, så lenge de minste, mest «mirakuløse» sannsynligheter utelukkes, og unnlates å gå under definisjonen av medisinsk usikkerhet. Da mister begrepet sin mening.

Usikkerhet kan beskrives som en *følelse av uvitenhet*. Å være usikker er relatert til en følelse av uro og ubehag som følge av at en ikke kan forutsi hva resultatet blir i en gitt situasjon. Hvor sterk denne følelsen av ubehag og uro er, er avhengig av alvorlighetsgraden av situasjonen og konsekvensene ved feilvurdering. Det vi skal se videre på er usikkerhet, som en følelse hos legen – en følelse av at noe er usikkert. Det er viktig å ha klart for seg at usikkerhet kan være en følelse, mens ting som er *usikre*, er faktorer som kan lede til usikkerhet.

Det kan være hensiktsmessig å dele usikkerhet inn i ulike typer, da begrepet i seg selv er relativt bredt og upresist, til tross for vårt forsøk på å definere det. Vi har sett på eksisterende litteratur om medisinsk usikkerhet, der flere forfattere har forsøkt å dele inn usikkerhet på forskjellige måter. Vi trekker først fram to av forfatterne som har forsøkt dette, før vi forsøker å beskrive hvordan vi selv ønsker å dele inn usikkerhet. Fox et al (9) refererer til et tidligere eget verk, *Training for Uncertainty* av Fox, 1957, der hun delte de typer usikkerhet som medisinstudenter ble trent opp i, i tre ulike deler: For det første, kan ingen lege være inneforstått med all medisinsk kunnskap som for tida er kjent – det vil alltid finnes mangler. For det andre, er ikke all medisinsk kunnskap kjent – det er mye vi ikke forstår, det være seg sykdomsprosesser, behandlingsmetoder, et cetera. Den tredje formen for usikkerhet beskrev Fox som en kombinasjon av de to første, nemlig at man ikke klarer å skille egen mangel på kunnskap, fra det som i dag er kjent medisinsk kunnskap.

Katherine H. Hall (10) som har sett på litteratur som angår medisinsk usikkerhet, har sammenlignet inndelinger av usikkerhet og mener at Eric Beresford har et bedre forslag enn Fox. Beresford (11) forsøker også å dele inn medisinsk usikkerhet i tre: Teknisk, personlig og konseptuell.

Med **teknisk usikkerhet** mener han mangel på kunnskap eller sparsomhet av data, som for eksempel kan hjelpe til med å forutsi faktorer av et sykdomsforløp eller virkningen av intervensjoner.

Med **personlig usikkerhet** menes den usikkerheten som oppstår som følge av det aktuelle lege-pasientforholdet. To områder ble spesielt framhevet. Det første var når pasienter ikke kunne adekvat uttrykke hva de selv mente eller ønsket, for eksempel om det forelå en grav sykdomstilstand og pasienten var kognitivt svekket. Det andre området var om leger følte seg personlig knyttet til pasienten og at dette kunne påvirke medisinske avgjørelser – utreder man for mer, og kanskje med større unødvendighet, dersom man kjenner pasienten godt? Den siste typen usikkerhet som Beresford snakker om, er **konseptuell usikkerhet**. Det som menes med dette, er enkelt forklart den vanskelige overføringen av kriterier og definisjoner til det virkelige liv. Et eksempel som tas fram er når to pasienter, begge alvorlig syke, konkurrerer om samme medisinske ressurs.

«Er en pasient på akuttrommet med kramper mer viktig enn en med mageabscess som virker å være i sjokktilstand?» spør Beresford. Han siterer en lege som sa «For oss har det aldri vært snakk om pasient A og pasient B. Vi har aldri hatt en så klar situasjon.» (11)

Disse forfatterne kommer begge med interessante måter å inndele usikkerhet på. Inspirert av eksisterende litteratur, inkludert de to forfatterne som ble nevnt ovenfor, bestemte vi oss for å komme med vår egen inndeling av usikkerhet, som vi ønsker å presentere i forkant av selve

oppgaven. Vi mener at det kan gjøres på en enklere og forhåpentligvis mer forståelig måte, enn hva flere forfattere har prestert – det er fort gjort å gjøre definisjoner unødvendig vanskelige og abstrakte. Når begrepet i seg selv allerede er abstrakt, som i tilfellet med usikkerhet, nyter det kanskje godt av mer forenklende definisjoner. Vi har valgt å dele medisinsk usikkerhet inn i **diagnostisk usikkerhet** og **kommunikativ usikkerhet**, da begge disse aspektene står sentrale i allmennlegens hverdag hva gjelder tilegning av informasjon, og vi vurderer de til å være av lik viktighet. Inndelingen følger definisjonen av usikkerhet som vi har presentert i oppgaven.

Med **diagnostisk usikkerhet** menes all følelse av usikkerhet som oppstår i forbindelse med diagnosesetting og det som har å gjøre med evidensbasert medisin og medisinsk teknologi. Eksempler på hvordan slik usikkerhet kan presentere seg, er gjennom medisinske tester med varierende testegenskaper, den evidensbaserte medisins manglende evidenser, og begrensninger i medisinsk kunnskap. Som de tidligere nevnte usikkerhetsinndelingene, kan man ikke unngå å nevne en personlig faktor. Hvordan legen er som person, påvirker blant annet hvilke prøver som velges, hvordan de leses av, samt om og hvor pasienten blir henvist.

Med **kommunikativ usikkerhet** menes følelse av usikkerhet som oppstår igjennom kommunikasjonen mellom lege og pasient, eller mangelen derpå. Tidligere har vi definert medisinsk usikkerhet i sannsynlighetsmessig forstand, som at det «foreligger en betydelig sjanse for at situasjonen kan få flere enn ett bestemt utfall». Det vil dermed si at i alle aspekter ved kommunikasjonen hvor mottaker (lege) er inneforstått med en annen oppfatning av situasjonen enn det avsender (pasient) forsøker å formidle, kan gi opphav til usikkerhet. Eksempler på hvordan slik usikkerhet kan presentere seg, er ved et dårlig lege-pasientforhold som gjør at pasienten ikke kommer med nødvendig informasjon, at legen ikke uttrykker seg presist, eller misforståelser relatert til språk. Også her blir legens personlighet en viktig faktor, noe som kanskje synes mer åpenbart enn ved diagnostisk usikkerhet.

I både diagnostisk og kommunikativ usikkerhet inngår **definisjonsusikkerhet** som en faktor. Dette vil si når to parter har ulik forståelse av et begrep. Ved diagnostisk usikkerhet kan dette være når legen mener at en faktor foreligger, og tar videre medisinske beslutninger basert på dette, når medisinsk viten har en annen definisjon av faktoren. Et eksempel kan være at en lege mener at det foreligger anemi når hemoglobinnivået hos en voksen mann er under 12 g/dL, mens det meste av medisinsk viten definerer dette som under 13 g/dL. I dette eksemplet vil legen og allment akseptert medisins ha forskjellige definisjoner av begrepet anemi, som kan påvirke framtidige beslutninger. Et eksempel på definisjonsusikkerhet innen kommunikativ usikkerhet, er hvis pasienten forteller

legen at han har diaré. Pasienten har en mer folkelig forståelse av begrepet, og har i realiteten kun bløt avføring, mens det foreligger normal mengde og frekvens. Legen er inneforstått med den presise medisinske definisjonen av diaré, nemlig at det foreligger vandig avføring, og en frekvens på 3 eller mer avføringer daglig. Dersom legen ikke bekrefter med pasienten at han har forstått riktig, vil han ha misforstått pasienten, og denne feilaktige medisinske informasjonen kan påvirke framtidige avgjørelser som legen tar.

Medisinsk usikkerhet er vanskelig å definere. Man kan spørre seg om man snakker om usikkerhet hos legen når legen ikke er klar over at den informasjonen han eller hun får fra en labprøve eller en pasient er feil. Dette er ikke et aspekt vi ønsker å fokusere på, da det går utenfor vår definisjon av usikkerhet. Vi velger heller å se på usikkerhet ved å se på de faktorer der det kan gå galt i legens informasjonstillegning, i diagnostisk og kommunikativt øyemed – det vil si faktorer som bidrar til at legen får usikker informasjon, som videre kan føre til en følelse av usikkerhet hos legen.

Metode og materiale

For å besvare problemstillingen vår har vi gjort et litteraturstudie. Vi har systematisk gått igjennom eksisterende litteratur om temaet, og trukket fram de artikler som vi følte kunne bidra til å besvare vår problemstilling. Vi startet med fritekstsøking i PubMed, og brukte søkebegreper som ”medical uncertainty”, ”uncertainty primary care” og ”doctor patient communication”. Dette resulterte i flere tusen artikler med referanse til ordene i fritekstsøkingen. Vi ønsket å finne artikler som tok for seg usikkerhet sett fra legens side, med relasjon til de konkrete temaene vi ønsket å utforske (kommunikasjon og diagnostikk). For å presisere søket litt nærmere utførte vi ”avansert søk”. Vi brukte de samme søkeordene som vi gjorde i fritekstsøkingen, og spesifiserte oss inn på ”tittel” eller ”tittel/abstrakt”. Dermed reduserte vi søkeresultatet fra flere tusen til et titalls artikler. Ut fra titlene kunne vi avgjøre om det var nødvendig å lese abstrakt eller ikke. Flere titler omtalte blant annet usikkerhet sett fra pasientens side, eller usikkerhet hos allmennpraktikeren innenfor et spesifikt medisinsk tema, som diabetesbehandling, men disse ble valgt bort.

Tidlig i søkeprosessen viste det seg at det var svært få artikler som tok for seg usikkerhet hos legen i forbindelse med kommunikasjon, noe som resulterte i at vi måtte endre søkeordene til tema som vi selv kunne tenke oss ga opphav til usikkerhet. Eksempelvis søkte vi spesifikt på ”interpreter” og ”uncertainty”, samt ”body language” og ”uncertainty”, og fant da artikler som kunne brukes. Neste steg i prosessen var å lese abstraktene nøye og deretter identifisere hvilke artikler som skulle brukes. Dette gjorde vi dels på egen hånd, og dels gjennom samtale med hverandre og diskusjon av relevansen av artikkelen opp mot problemstillingen. Gjennom en lang og grundig

elimineringssprosess satt vi til slutt igjen med 12 artikler (6, 12-22) som spisset seg inn på essensen i problemstillingen vår. Disse har vi brukt, og de utgjør størsteparten av resultatdelen.

Ved å bruke denne strategien i søkeprosessen fant vi artikler som fokuserte på det vi ønsket å utforske, nemlig usikkerhet hos legen koblet opp mot kommunikasjon og diagnostikk. Det kan likevel diskuteres om denne strategien resulterte i et begrenset antall artikler som tok for seg usikkerhet på en ensformig og snever måte. Hadde vi brukt en bredere fremgangsmåte og sett på saken fra et annet perspektiv, ved eksempelvis å bruke søkeord som ”medical certainty” eller ”expertise”, kan det tenkes dette medførte artikler som hadde et annet syn på usikkerhet hos legen enn det vi satt igjen med etter denne søkeprosessen. Likevel, etter svært mange utførte søk, har det vært vanskelig å finne relevant litteratur, særlig hva gjelder usikkerhet relatert til kommunikasjon. Det viser oss at temaet usikkerhet er lite utforsket, noe som samtidig vanskeliggjorde oppgaven, da relevant litteratur ble adskillig vanskeligere å finne. For å løse problemet med lite relevant litteratur bestemte vi oss for å endre taktikk for å bedre kunne svare på kommunikasjonsdelen av oppgaven. Vi tok for oss artikler som så på kommunikasjon mellom lege og pasient, og hvilke konsekvenser kommunikasjonssvikt får, og fant da en større andel artikler, og dermed mer relevant materiale til oppgaven vår.

I tillegg til litteratur har vi kunnet nyttegjøre oss av den erfaringen vi til nå har oppnådd gjennom å ha fullført en praksisperiode som 5.årsstudenter, som har gitt oss inspirasjon og idéer om hva vi ønsker å fokusere på i oppgaven. I praksisperioden var vi utplassert 16 uker på sykehus og 8 uker på legekontor. På legekontoret hadde vi konsultasjoner med pasienter på egen hånd, med mulighet til å konferere med de andre legene underveis. Da dette var vårt første møte med allmennpraksis var det en selvfølge at vi satt med en viss følelse av usikkerhet; noe annet ville vært unaturlig. I hvor stor grad usikkerheten påvirket oss i allmennpraksis sammenlignet med sykehus, kom nærmest som en overraskelse. Det kunne tenkes at å jobbe med, og ha ansvar for pasienter på et sykehus skulle føles vanskeligere, og bringe med seg en større usikkerhetsfølelse hva gjelder behandling og oppfølging, enn pasienter i allmennpraksis. Sykehuspasientene har vanligvis mer alvorlige og komplekse sykehistorier enn de vi møter i allmennpraksis. Likevel var det allmennpraksisen som skilte seg ut på dette området. På sykehus er det mer kontroll gjennom flere ledd, fra pasienten kommer inn, til han reiser, mens i allmennpraksis står du mer alene om diagnostisering og behandling.

Allmennlegen er pasientens første møte med helsevesenet, og det er dermed allmennlegens ansvar å si ut de som skal henvises til andrelinjetjenesten. Dette er opplevdes for oss som medisinstudenter tidvis som en vanskelig oppgave, som i flere tilfeller ga opphav til usikkerhet. For eksempel var det tilfeller hvor pasienten nikket og sa at han forsto, og kom tilbake til kontroll etter et par uker uten å

ha gjort noe av det vi hadde anbefalt. I tillegg var det situasjoner hvor vi skulle starte å skrive journalnotatet når konsultasjonen var avsluttet, og hadde problemer med å få ned essensen i hva det egentlig var pasienten var kommet til legen for. Altså var det usikkerhet i forbindelse med diagnosestilling, om vi skjønnte hva pasienten mente, eller om pasienten skjønnte oss. Vi ønsket å vite om denne usikkerhetsfølelsen er noe som erfaring kan lette på, eller om det er noe som man som lege bare må lære seg å leve med.

Arbeidsprosessen

Det var satt av tilsammen 18 (4+2+12) uker til å jobbe med 5.årsoppgaven.

De første 4 ukene var satt av til å jobbe med prosjektbeskrivelsen. Vi var i denne perioden i samtale med vår veileder som hadde utlyst oppgaven og forslag til problemstilling, og vi ble enige om at vi skulle jobbe med temaet, og diskuterte videre hvordan vi konkret kunne gjøre det og utformet etterhvert vår prosjektbeskrivelse. Opprinnelig var vår problemstilling «*Hvilke typer tvil og usikkerhet opplever en allmennlege i løpet av en vanlig dag på legekantoret? Hvordan håndterer legen denne usikkerheten?*», som har blitt endret mange ganger i løpet av oppgaveprosessen, fram til sin nåværende form. Originalt var det tenkt at oppgaven skulle gjøres på et mer praktisk vis, ved at vi skulle følge allmennleger i sitt arbeid og filme de, for så å analysere videoopptakene og i samarbeid med disse legene finne ut når de følte usikkerhet, og hva som eventuelt ble gjort for å håndtere dette.

Etter at vi kom tilbake fra 5.årspraksis på sykehus og legekantor, bestemte vi oss for å heller gjøre et litteraturstudie. De 4 første ukene av de 3 måneder satt av til oppgavegjennomføring ble brukt til å samle litteratur, og sammen diskutere hva av det vi fant som kunne være av interesse, og forsøke å konkretisere oppgaven. Da temaet usikkerhet er ganske abstrakt, gikk mye tid med til nettopp dette, ved å studere begrepsdefinisjoner og å forsøke å gjøre hva vi ønsket å finne ut av mest mulig konkret. Guro Fondevik studerte hovedsaklig litteratur om kommunikasjon, mens Rune Erlandsen fokuserte på diagnostisk usikkerhet. Vi delte artiklene med hverandre, slik at vi begge var godt inneforstått med begge hovedtemaer. Omtrent halvveis ut i arbeidsperioden hadde vi en klar idé om hvordan oppgaven skulle se ut, etter at vi var klar over hva slags litteratur vi hadde tilgjengelig. Det viste seg etter hvert som vi begynte å skrive, at litteraturen var relativt begrenset, og at det var nødvendig å trekke brede linjer for å kunne benytte oss av den til å besvare problemstillingen. Resten av arbeidsperioden, den resterende halvparten, skrev vi om den aktuelle litteraturen vi hadde funnet. Også skriveprosessen delte vi i to, og beholdt den respektive fordelingen av temaer. Vi diskuterte sammen hver dag hva vi hadde skrevet og leste hverandres tekster, og ble godt hjulpet av innspill fra vår veileder Dr. Torsten Risør.

Etterhvert som den avsatte tidsperioden gikk mot slutten, gikk det med flere dager til å lese igjennom oppgaven nøye, men fortsatt med en viss hastighet, for å kunne forbedre språklig flyt, samt ta ut segmenter som virket overflødige. Flere sider ble kuttet vekk, mens et par nye tilkom. Til slutt, den siste uken, følte vi at vi hadde kommet dit vi ønsket, og at vi hadde klart å svare adekvat på vår problemstilling.

Resultater

For å svare på vår problemstilling, har vi valgt å benytte oss av litteratur om temaet medisinsk usikkerhet. I tråd med vår inndeling av medisinsk usikkerhet, velger vi å se på hvilke situasjoner som kan føre til henholdsvis kommunikativ og diagnostisk usikkerhet som en følelse hos legen, og hvordan legen eventuelt kan forholde seg til dette, og hvilke konsekvenser dette vil ha for legen, foreslått av eksisterende litteratur skrevet om temaet. Litteraturen vi har sett på presenteres i resultatene i to deler, som følger vår inndeling av usikkerhet.

I delen «kommunikativ usikkerhet» ser vi nærmere på 4 artikler: ”Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement” (12), hvor Michael Simpson et al utførte et litteraturstudie for å kartlegge omfanget av kommunikasjonsproblemer mellom lege og pasient i medisinsk praksis, samt å komme med forslag til forbedring. ”Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative studie” (13) kartlegger misforståelser som oppstår mellom lege og pasient i forhold til utlevering av medikamenter og resepter. P.S Bryne et al (14) analyserte videokonsultasjoner i ”Practitioners' use of non-verbal behaviour in real consultations”, og ønsket å se hvordan legens holdning og kroppsspråk påvirket pasientens verbale språk. ”Problems and consequences in the use of professional interpreters: qualitative analysis of incidents from primary healthcare” (15), et studie av Emina Hadziabdic et al, analyserer hendelsesrapporter skrevet av helsepersonell angående problemer forbundet ved bruk av tolk.

Til tross for at vi ble tvunget til å endre søketaktikk og velge artikler som gikk utenfor det temaet vi opprinnelig ønsket å se på, vurderer vi at vi har klart å finne svar på essensen i forskningsspørsmålet. Dette kan vi si hvis vi hjelper litt med å dra en linje mellom de resultatene vi satt igjen med etter nevnt søkeprosess og forskningsspørsmålet vi ønsker å utforske i problemstillingen. Kommunikasjonssvikt kan gi opphav til misforståelser mellom lege og pasient. Det kan føre til redusert compliance hos pasient (12), misforståelse hva gjelder årsaken til at pasienten oppsøkte lege (14) eller hvor omfattende pasientens helseproblemet er (14). Dette vil åpenbart i seg selv kunne være grobunn for usikkerhet hos legen. Legen kan føle usikkerhet forbundet ved effekten av behandlingen, ved diagnosen, eller ved hans egen evne til å kommunisere med pasienten.

I delen «diagnostisk usikkerhet» ser vi nærmere på 8 artikler i detalj:

I ”How primary care physicians' attitudes toward risk and uncertainty affect their use of electronic information resources” så McKibbon et al på hvordan legers holdninger til usikkerhet påvirket deres bruk av elektroniske informasjonsressurser (6). ”Primary care physicians' challenges in ordering clinical laboratory tests and interpreting results” av Hickner et al forsøkte ved hjelp av spørreskjemaer å kartlegge hvordan leger i førstelinjetjenesten forholdt seg til det store antallet tilgjengelige diagnostiske prøver, og hvor ofte de var usikre i forbindelse med ordinerer og tolkning av disse (16). ”Am I right when I am sure? Data consistency influences the relationship between diagnostic accuracy and certainty” av Cavalcanti et al så på korrelasjonen mellom legens sikkerhet og sannsynligheten for at diagnosen faktisk foreligger (17). Gerrity et al forsøkte i ”Physicians' reactions to uncertainty in patient care. A new measure and new insights. Medical care” å ved hjelp av spørreskjemaer finne ut hvordan leger reagerte på usikkerhet, og om det fantes faktorer som korrelerte med økt usikkerhet (18). To artikler, ”Variations in physician practice: the role of uncertainty” av Eddy DM og ”Uncertainty, responsibility, and the evolution of the physician/patient relationship” av Henry MS reflekterer begge rundt temaet usikkerhet i medisinen (19, 20). I ”Is it good to express uncertainty to a patient? Correlates and consequences for medical students in a standardized patient visit. Patient education and counseling” av Blanch et al, fikk 147 medisinstudenter fikk en «usikkerhetsrate» basert på øvingskonsultasjoner, som ble sammenlignet med vurderinger gjort av analoge pasienter (21). I ”Does physician uncertainty affect patient satisfaction?” av Johnson et al vurderte 304 pasienter 5 ulike videoopptak av en lege som viste varierende grad av usikkerhet (22).

Kommunikativ usikkerhet

I ”Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement” erkjenner Michael Simpson et al (12) at kommunikasjonsproblemer mellom lege og pasient er svært vanlig i medisinsk praksis, og ønsket å finne ut hvorfor situasjonen var slik ved å bruke tilgjengelig litteratur om temaet. De fant at 54% av pasientenes klager og 45% av pasientenes bekymringer ikke blir oppfattet av legen (23). Psykososiale og psykiatriske problemer, som er vanlig i allmennmedisinsk praksis, ble ikke diagnostisert i opptil 50% av tilfellene (24). Bare en liten andel av konsultasjonene inneholdt opplæring av sykdommen fra lege til pasient (25), og en overraskende stor andel av pasientene forsto ikke, eller husket ikke hva legen hadde sagt angående diagnosen og behandlingen (26). Studien fant en relasjon mellom kvaliteten på kommunikasjon og helseutfallet hos pasienten, blant annet viste det seg at det var en betydelig større reduksjon i blodtrykket hos pasienter som fikk uttrykke sine helsemessige bekymringer uten at legen avbrøt (27). Som en løsning anbefaler Simpson å inkorporere kommunikasjons trening i medisinstudiet, og foreslår at

kommunikasjonskurs bør omfatte relativt lav student-lærer-ratio, slik at studentene får flere muligheter til praktisk øvelse med tilbakemelding. I tillegg foreslås det å ha kvalitetssikring av lærere, samt ferdighetstrening innen kommunikasjon i alle nivåer av lærerplanen. Bruk av videokonsultasjoner, audiokonsultasjoner, rollespill og standardiserte pasienter ble dratt frem som effektive verktøy i opplæringen (28, 29)

Nicky Britten et al (13) utførte i 2000 et kvalitativt studie hvor de kartla og beskrev misforståelser som oppstår mellom lege og pasient i forbindelse med utlevering av resepter. De analyserte videoopptak av reelle konsultasjoner, hvor 20 leger og 35 pasienter deltok. I tillegg utførte de intervju med pasienten før og etter konsultasjonen, samt at de intervjuet legen etter konsultasjonen. Misforståelsene som oppsto ble videre kategorisert i seks hovedkategorier med flere underkategorier. Analysene avslørte at de fleste pasientene hadde bekymringer om medisinen de skulle ta, som de ønsket å ta opp med legen, men som ikke ble uttrykt. De fleste misforståelsene var basert på feil forutsetning og gjetning fra både legen og pasienten. Misforståelser oppsto (a) gjennom mangel på utveksling av relevant informasjon i begge retninger, (b) som et resultat av motstridende informasjon eller innlegg, (c) når pasienten ikke forsto legens diagnose eller behandlingsplan og (d) fra handlinger tatt for å bevare lege-pasient-forholdet. Britten påpeker at selv om leger kan føle seg fristet til å tro at de kjenne pasientene sine godt nok, og dermed ikke trenger å bekrefte sine mistenkte forutsetninger om pasienten, viser studien at forutsetningene ikke stemmer i alle tilfeller. Leger må derfor bekrefte dette med pasientene i hver konsultasjon. Studien finner det vanskelig å finne ut hvor ansvaret ligger vedrørende hvordan kommunikasjonen mellom lege og pasient kan forbedres. Likevel oppfordres leger til å være imøtekommende og skape rom for at pasientene kan gi uttrykk for sine tanker. På den måten vil legen signalisere at pasientens bidrag er både verdifull og nødvendig.

P.S. Bryne et al (14) ønsket å se på hvilken måte legens verbale språk og kroppsspråk under konsultasjonen påvirket pasienten. De analyserte videoopptak av ekte konsultasjoner og fant at måten pasienten blir møtt på, og spesielt hvordan begynnelsen av en konsultasjon utspiller seg, er helt fundamental for hvordan resten av konsultasjonen utvikler seg. I tillegg så de at kombinasjonen med åpne spørsmål og øyekontakt hadde en positiv effekt på pasientens verbale språk. Det signaliserte til pasienten at legen var villig til å lytte og engasjert i pasientens problem.

Doktor: "Hvordan har du det?"

Pasient: "Jeg føler meg mye bedre nå. Mindre deprimert.

Sønnen min hadde rettssaken i dag, så det er ferdig nå."

I dette eksempelet satt legen vendt mot pasienten idet han spurte hvordan hun hadde det. Han holdt øyekontakt og bevegede seg nærmere når pasienten avslørte årsaken til angsten hennes. Ved å tilpasse kroppsbevegelsene til innholdet i samtalen viste han oppmerksomhet og villighet til å lytte til pasientens problem. I hvilken grad legens kroppsbevegelse påvirker pasienten, avhenger av hvilken situasjon bevegelsen forekommer i. Studien viste at endringen av kroppsstillingen hos legen virker signifikant ved (a); når den er koblet med et åpent spørsmål eller stillhet, og (b); når pasienten kommer til en avgjørende del av sykehistorien, samt ved endring av tema.

Bryne fant flere tilfeller hvor uoppmerksomhet mot pasienten virket hemmende på pasientens verbale språk.

Lege: "Når får du dette?"

Pasient: "Hvis jeg har...Hvis jeg gjør noe...Hvis jeg...Du vet, hvis jeg gjør noe, uh...
Utenom det vanlige, da kommer det tilbake".

Lege: "Ja, Mr. Berger?"

"Mhm? Mhm?"

Pasient: "Vel, jeg..."

Lege: "Vi sendte deg for å ta røntgen, gjorde vi ikke?"

I det første eksempelet begynte legen å lese pasientens journal etter han hadde stilt spørsmålet. Pasienten startet da å svare, stoppet, startet igjen, stoppet, og klarte til slutt å svare med hel setning når legen så opp fra journalen og på pasienten. I dette eksempelet starter pasienten med ett svar og endrer det underveis, slik at det svaret legen til slutt får er et annet enn det pasienten startet å svare på. I andre eksempel sitter legen med ryggen til pasienten og leter etter journalen mens han spør første og andre spørsmål. Pasientens svar starter etter 5,5 sekunder, men blir avbrutt av legens neste spørsmål.

Studien søkte å illustrere til leger og helsepersonell de konsekvenser kroppsspråk og holdning har. De kom med flere eksempler på alternative måter å gå frem i konsultasjonen for å få et bedre forhold til pasienten, samt å effektivisere tidsbruken under konsultasjonen. Blant annet sier de at det ikke er tidsbesparende å avbryte pasienten i åpningsfasen, da det kan forhindre at de reelle problemene kommer frem. I tillegg vil legens verbale- og ikke-verbale språk i begynnelsen av konsultasjonen påvirke hva han vil høre fra pasienten, hvilket forhold legen har til pasienten, samt hvor involvert begge er i konsultasjonen.

Emina Hadziabdic et al (15) ønsket å utforske hvilke problemer helsepersonell rapporterte med bruk av tolk, samt å se på hvilke konsekvenser disse problemene resulterte i. Bakgrunnen for studien var en økende vekst i migrasjon, som resulterte i en spesifikk utfordring for helsevesenet, da helsepersonell og pasienter ikke har et felles språk for å kommunisere optimalt. De tok utgangspunkt i 60 rapporter skrevet av helsepersonell med ulik faglig kompetanse. Rapportene ble deretter delt inn i to hovedgrupper med flere undergrupper. Funnene viste at de store problemene som var rapportert i hendelsesrapportene var knyttet til språk og organisering av rutiner for tilgang til og bruk av tolker. Dette resulterte i feil bruk av tid og ressurser, forsinket behandling for pasientene og begrensede muligheter til å kommunisere. Her følger noen sitater hentet ut fra disse hendelsesrapportene:

«... oversetteren svarte ikke når legen ringte. Assistentsykepleieren ringte oversettelsesfirmaet for å spørre om det var det rette nummeret. Firmaet ringte oversetteren, men fikk heller ikke svar.»

“Ringte i hele dag på regelmessige tidspunkter for å bestille ... tolk, men kom aldri igjennom til oversettelsesfirmaet.»

«Pasienten hadde time for å ta en EKG. ... Pasienten hadde virkelig trengt en bosnisk oversetter for undersøkelsen. Ingenting om tolkebehovet ble nevnt i henvisningen.»

«Ringte for å bestille en arabisk tolk. Ringte på nytt ... og fikk beskjed om at det ikke var noen arabiske oversettere tilgjengelige. Pasienten hadde time hos legen ... Legen ringte rundt til pasientens slektninger, men kunne ikke få tak i noen som kunne hjelpe til med å tolke. Pasienten var nødt til å gå hjem og ordne seg en ny time. Tiden i dag satt av til pasienten ble derfor bortkastet.»

Hadziabdic fant at dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient kan føre til dårlig kvalitet på helsetjenester (30) og upassende bruk av ulike sykehustjenester, og som en løsning foreslår hun et tettere samarbeid mellom tolkebyrå og primærhelsetjenesten. I tillegg sier hun at det må systematisk dokumenteres hvilket språk pasientene har, samt preferanser på tolk. På den måten kan helse- og omsorgstjenesten tilby høy kvalitet på tjenesten til personer med fremmedspråklig bakgrunn.

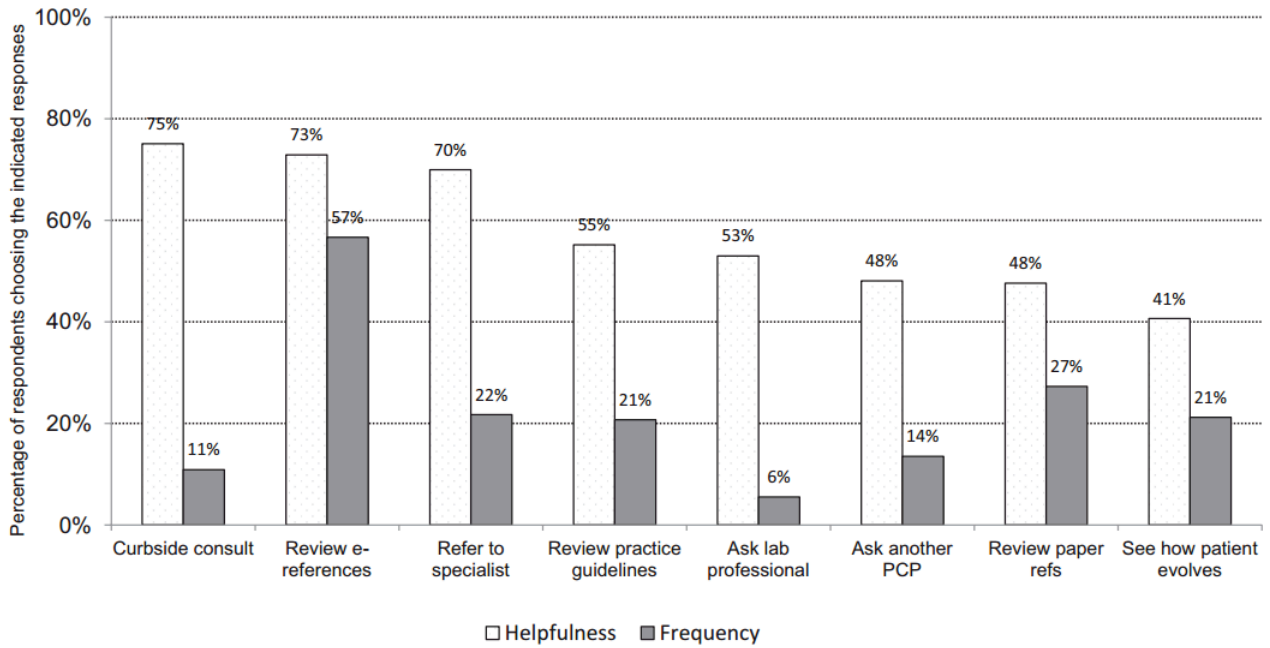
Diagnostisk usikkerhet

McKibbon et al (6) utførte i 2007 et studie der de så på hvordan amerikanske og kanadiske leger i førstelinjetjenesten («primary care physicians») sine holdninger til usikkerhet og risikotaking påvirket deres bruk av elektroniske informasjonsressurser. Dette ble gjort ved at 25 frivillige leger ble kategorisert ved hjelp av to skalaer som vurderte legenes holdning til risiko og hvor stresset de ble av usikkerhet. Legene ble først delt inn i «risikosøkende», «risikonøytrale» eller «risikounnvikende», for så å bli delt inn i «stresset», «nøytral» og «ustresset». Legene fikk så medisinske spørsmål de skulle besvare ved hjelp av å bruke elektroniske ressurser. De leger som hadde blitt kategorisert som «risikotagende» og «risikounnvikende», samt «stresset» og «ustresset», ble så observert i én time mens de fikk medisinske spørsmål. Legene ble nødt til å bruke informasjonsressurser for å lete fram nødvendig informasjon, og ble oppfordret til å tenke høyt under prosessen. Studiet fant at det var ingen forskjell mellom gruppene hva gjaldt utkom – alle grupper var like gode/dårlige til å finne informasjon. Men det var en forskjell i hva slags informasjonsressurser gruppene benyttet seg av. De risikounnvikende/stressede legene brukte i tillegg mindre erfaringsbasert søkemetodikk i sine informasjonssøk, og brukte lengre tid på selve søkeprosessen. De risikotakende/ustressede legene foretrakk raskere søkemetoder og oppslagsverk. Kanskje et mer oppsiktsvekkende funn som studiet gjorde, var at under 50% av de kliniske spørsmålene, som på forhånd hadde blitt vurdert til å være av en passende vanskelighetsgrad, ble korrekt besvart, selv ved bruk av elektroniske informasjonskilder. Her kom også en annen liten forskjell fram; den risikounnvikende/stressede gruppen hadde noe hyppigere grad av korrekt svar etter søk, enn den risikotakende/ustressede.

Hickner et al (16) utførte i 2011 et amerikansk studie på bakgrunn av det hurtig økende antallet og kompleksiteten av laboratorieprøver som leger i førstelinjetjenesten må ha kontroll på, med mål å se på hvordan disse legene («primary care physicians») forholdte seg til usikkerhet og det store antallet diagnostiske prøver som var tilgjengelige for dem. Studiet ble gjort ved hjelp av et spørreskjema som legene mottok på e-post. Dette spørreskjemaet inneholdt 19 spørsmål som angikk usikkerhet hos leger ved tolking av laboratorieprøver, strategier for å overkomme usikkerhet, faktorer som påvirket bruk av diagnostiske prøver, utfordringer med tanke på bestilling og tolking av laboratorieprøver, samt forslag til hvordan prøvebestilling og tolking kan bli bedre. 1768 leger, hvorav hovedparten var allmennleger («family care physicians») og indremedisinere («internal medicine physicians»), fullførte spørreundersøkelsen, og besvarte disse 19 spørsmålene som hovedsaklig ble besvart med graderte skalaer. Resultatene viste at legene ordinerte laboratorieprøver i 31,4% av pasientmøter. I 14,7% av disse igjen ble det rapportert usikkerhet ved prøvebestilling, og i 8,3% av tilfeller av prøvetolkning.

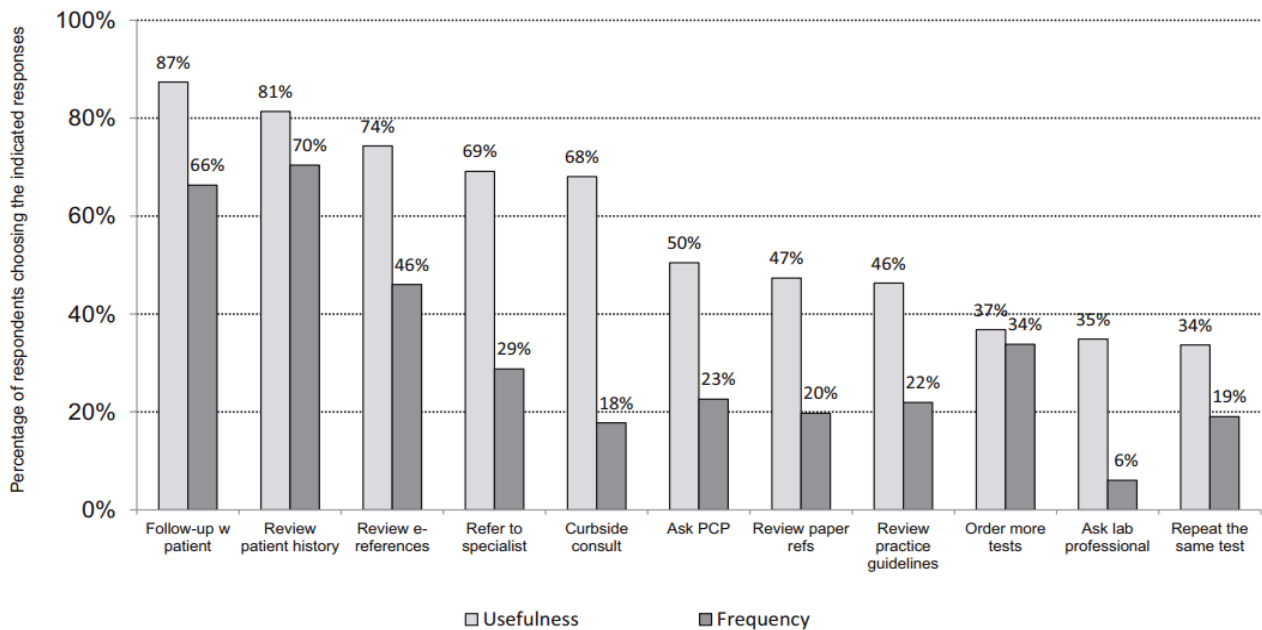
Utifra spørreskjemaene ble strategiene som legene oppga å hjelpe mot usikkerhet i forbindelse med prøveordnering og -tolkning illustrert i figurer, som gjengis i vår oppgave i henholdsvis Figur 1 og Figur 2, som sees under. Resultatene viste at allmennleger oppga uformelle samtaler med andre leger, internettressurser og spesialisthenvisninger som de mest hjelpsomme verktøyene når man var usikker på hvilke diagnostiske tester som burde tas. I forbindelse med usikkerhet ved tolkning av diagnostiske tester, ble oppfølging av pasienten sett på som den mest effektive strategien, etterfulgt av gjennomgang av sykehistorien og oppslag i internettressurser. Mer enn 50% av legene i studiet rapporterte at bedre IT-systemer ville være til stor hjelp, både med tanke på ordnering og tolkning av laboratorieprøver. Kanskje mer overraskende sa kun 6% av de spurte legene at de var i ukentlig kontakt med laboratoriet, når de var usikre på rekvirering av prøver, selv om dette ble vurdert til å være en nyttig strategi.

Figure 1. Overcoming uncertainty in ordering laboratory diagnostic tests. The percentages of primary care physicians reporting the helpfulness of these tactics as very helpful or extremely helpful and the percentages using these tactics daily or at least once a week are shown. PCP, primary care physician.



Figur 1. Hentet fra Primary Care Physicians' Challenges in Ordering Clinical Laboratory Tests and Interpreting Results (Hickner et al) (9)

Figure 2. Overcoming uncertainty in interpreting laboratory test results. The percentages of primary care physicians reporting the usefulness of these tactics as very useful or extremely useful and the percentages using these tactics daily or at least once a week are shown. PCP, primary care physician.



Figur 2. Hentet fra Primary Care Physicians' Challenges in Ordering Clinical Laboratory Tests and Interpreting Results (Hickner et al) (9)

I studiets diskusjonsdel oppsummeres det at legene oftest benyttet seg av uformelle samtaler med andre leger, internettressurser og spesialisthenvisninger når de var usikre på diagnostiseringen. Konsultering med patolog og laboratoriepersonell tas fram som mulige kostnadseffektive strategier mot slik usikkerhet, og forfatterne mener at laboratoriepersonell og patologer med fordel kan utvikle bedre kommunikasjonslinjer med leger, både for mer optimal bruk av diagnostiske tester, men også spare penger på å redusere spesialisthenvisninger. Studiet konkluderer med at elektroniske systemer for bestilling og tolkning av diagnostiske prøver bør forbedres, i tillegg til det nevnte samarbeidet med laboratoriepersonell.

Et studie gjort av Cavalcanti et al (17) så på om det er en korrelasjon mellom hvor sikker en lege er i sin diagnose, og hvor ofte diagnosen faktisk foreligger, kontra en usikkerhet. Dette ble gjort ved at 3 eksperimenter med 180-190 klinikere i trening stilte kardielle diagnoser ved hjelp av en simulator. Ved hvert tilfelle ble det oppgitt en «diagnostisk sikkerhet», hvor stor sannsynlighet det i følge klinikerne var at en bestemt diagnose forelå. Noen av tilfellene hadde ukonsistent klinisk informasjon eller simulerte kliniske funn. Sammenhengen mellom oppgitt sannsynlighet og deres treffsikkerhet ble analysert, og studiet fant at diagnostisk treffsikkerhet var kun assosiert med hvor sikker legene var dersom de kliniske data var konsistente. Studiet konkluderer med at forholdet mellom diagnostisk treffsikkerhet og hvor sikker legen er, er avhengige av tilfellets kontekst, og legens sikkerhet er i seg selv upålitelig med tanke på diagnostisk treffsikkerhet.

Gerrity et al (18) publiserte i 1990 et studie der 700 leger i North Carolina og Oregon med ulike spesialiseringer (26% av disse var «family physicians»), hadde mottatt spørreskjemaer med selvrangeringsskalaer som angikk «Stress fra usikkerhet» og «Motvilje til å innrømme usikkerhet». «Usikkerheten i pasientbehandling bekymrer meg ofte» og «Jeg forteller nesten aldri andre leger om de diagnoser jeg har oversett», er begge eksempler på påstander fra de respektive skalaene. 428 svar ble analysert, og ut i fra karakteristikkene til de ulike legene, kunne man trekke ulike konklusjoner. Studiet kunne blant annet peke på at kvinnelige leger i større grad enn sine mannlige kolleger var stresset. Et annet funn var at mer arbeidserfaring som lege korrelerer med mindre stress fra usikkerhet, som noe som støttes av flere andre studier (9, 31).

I «Variations in Physician Practice: The Role of Uncertainty» (19) reflekterer forfatter David M. Eddy, som både er lege og filosof, om hans erfaringer med og tanker rundt usikkerhet i medisinfaget. I artikkelen argumenterer han for at medisinsk usikkerhet er noe som aldri vil forsvinne, og forsøker heller å komme med strategier leger kan benytte seg av for å « redusere mengden av den, og minimalisere dens skader mest mulig».

Han kommer med flere poenger; han sier at leger må akseptere og innrømme usikkerhet, både overfor seg selv og sine pasienter. I tillegg til dette mener han at mye kan gjøres helsepolitisk og mer penger kan dedikeres til å analysere effekt og bruk av eksisterende diagnostiske tester og teknikker, og ikke bare satse på utvikling av nye tester.

Det førstnevnte, at innrømmelse av usikkerhet er nyttig, er en strategi som tas fram av flere forfattere. Henry M. S. skriver i artikkelen «Uncertainty, responsibility and the evolution of the physician/patient relationship» (20) at innrømmelse av usikkerhet vil føre til at begge parter, lege som pasient, vil være inneforstått med hverandres mål og syn på saken. Med en mer åpen kommunikasjon rundt dette temaet mener forfatteren at behandling, diagnostisering og pasienttilfredshet vil bli bedre.

Blanch et al (21) utførte i USA et studie der 147 medisinstudenter som øvde på klinisk undersøkelse med standardiserte pasienter som spilte 4 forskjellige roller, ble filmet og analysert for tegn til usikkerhet i en 10-15 minutter lang konsultasjon. Potensielle uttrykk for usikkerhet ble funnet når studentene sa eller gjorde noe som enten direkte eller indirekte *kunne* være et uttrykk for usikkerhet. Disse potensielle uttrykkene av usikkerhet ble skrevet ned og notert, og en gruppe av designerte «scorere» vurderte hvorvidt disse påstandene eller handlingene var uttrykk for usikkerhet. Disse uttrykkene var delt i 5 ulike grupper:

- 1) Mangel på kunnskap – f.eks. «*Jeg vet ikke hva som forårsaker hodepinen din.*»
- 2) Feil/overseelse – f.eks. «*Jeg glemte å spørre.*»
- 3) Beklagelse for mangel på kunnskap – f.eks. «*Jeg beklager at jeg ikke kan besvare spørsmålet.*»
- 4) Bruk av informasjonskilde – f.eks. «*Jeg trenger å snakke med assistentlegen.*»
- 5) Behov for mer tid – f.eks. «*Jeg må se litt nærmere på det.*»

Hver medisinstudent fikk så en «usikkerhetsrate», en poengsum gitt etter hvor ofte de uttrykte usikkerhet. En annen gruppe hjelpere skulle så sette seg inn i pasientrollen, såkalte «analoge pasienter», og disse fikk se halvparten av de aktuelle filmene. Medisinstudentene ble så vurdert av de analoge pasientene, som skulle vurdere hver medisinstudents kompetanse, selvsikkerhet, medfølelse og kommunikasjon. Resultatene ble så analysert, og vurderingene gjort av scorerne og de analoge pasientene ble sammenlignet med hverandre.

Studiet fant at 47% av konsultasjonene hadde ihvertfall ett uttrykk for usikkerhet, og flesteparten av disse var innrømmelse av mangel på kunnskap. De analoge pasientene hadde et generelt mer negativt syn på de mer usikre studentene; jo mer usikker jo mindre kunnskapsrik, selvsikker, medlidende og dårligere til å kommunisere. En viss kjønnsforskjell ble funnet. Usikkerhetsraten var lik for begge kjønn, men kvinnene med høyere rate ble vurdert som å være mer nervøs enn mennene, mens de mannlige studentene med høyest rate ble vurdert som mindre kompetente enn de kvinnelige studentene. Forfatteren er uenig i at en innrømmelse av legens usikkerhet (begrunnet i legens mangel på kunnskap eller selvsikkerhet, og ikke i medisinenes mangler), vil være bra for lege-pasientforholdet, og mener at det bør undersøkes nærmere hvordan man kan formidle usikkerhet på en måte slik at det ikke negativt påvirker lege-pasientforholdet.

Johnson et al (22) publiserte i 1988 et studie der 304 pasienter som ventet på sin behandling på sykehus ble randomisert og fikk se 1 av 5 ulike videoer av en pasient som skulle bli behandlet med antibiotikaprofylakse grunnet sin hjertebilyd. I de to første filmene oppga legen ingen usikkerhet og foreskrev antibiotikabehandling. I video 3, 4 og 5 innrømmet legen usikkerhet. I film 3 ble det foreskrevet antibiotika uten å gjøre noe med usikkerheten. I film 4 og 5 ble det søkt etter informasjon i henholdsvis lærebøker eller elektroniske ressurser. Pasientene vurderte så etter å ha sett filmen hvor fornøyd de ville vært med den aktuelle legen i videoen de så. Det ble funnet at pasientfornøydhet var invers korrelert med pasientenes fornemmelse av legens usikkerhet. Film 1 og 2, der ingen usikkerhet ble innrømmet, var de med høyest pasientfornøydhet. Johnson et al diskuterer hva en lege bør gjøre når usikkerhet først oppstår. De er enige med Henry M. S., om at det er verdt å ofre pasientfornøydhet, samt den reduserte compliance og oppfølging det kan inkludere, for en mer åpen og ærlig kommunikasjon mellom lege og pasient. Innrømmelse av usikkerhet kan kanskje til og med forsterke den terapeutiske effekten av legebesøket da pasienten får større inntrykk av engasjement fra legens side, i forhold til når kommunikasjonen er mindre åpen (32).

Diskusjon

Her følger en oppsummering av funnene:

Legens holdninger og kroppsspråk er i stor grad med på å påvirke pasientens vilje til å snakke ut om problemene sine (14). Måten pasienten blir møtt på vil påvirke hvordan resten av konsultasjonen utspeiler seg (14). Ved å stille åpne spørsmål og holde øyekontakt med pasienten signaliserer legen at han er villig til å lytte og engasjere seg i pasientens problem, og dette har en positiv effekt på pasientens verbale språk (14). Dårlig kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell kan resultere i overforbruk av spesialisthelsetjenesten og redusert kvalitet på helsetjenester (30).

Personer med fremmedspråklig bakgrunn har rett til bruk av tolk i møte med helsevesenet, men selv ved bruk av profesjonelle tolker er det rapportert feil knyttet til rutiner for tilgang til tolk med rett språkkompetanse (15), som videre fører til forsinket behandling for pasienten og begrenset mulighet til å kommunisere (15). Leger som blir stresset av å føle usikkerhet bruker mindre erfaringsbasert søkemethodikk og lengre tid til informasjonssøk, sammenlignet med leger som ikke blir stresset av usikkerhet (6) I tillegg er det funnet at kvinnelige leger rapporterer å være stresset grunnet usikkerhet i større grad enn mannlige leger (18) Samtidig konkluderer flere studier med at mer arbeidserfaring som lege korrelerer med mindre stress av usikkerhetsfølelsen (9, 18, 31). Med den store tilgangen på laboratorietester som kan benyttes i pasientutredning, har leger rapportert usikkerhet knyttet til hvilke tester som skal rekvireres og tolkningen av prøvesvaret (16). Som en løsning er uformelle samtaler med andre leger, bruk av internettressurser og henvisninger til spesialisthelsetjenesten rapportert å være hjelpsomme verktøy (16). I tillegg ble bedre IT-systemer foreslått å være til stor hjelp, både i forhold til rekvirering og tolkning av prøvesvar (16). Det er dokumentert at ved å innrømme en følelse av usikkerhet vil både lege og pasient være inneforstått med hverandres mål og syn på problemstillinga (20) Henry M.S konkluderer i sitt studie med at pasienttilfredshet øker når legen er åpen om å føle usikkerhet (20), noe som står i motsetning til Johnson et als studie (22), som fant at det var høyest pasienttilfredshet i de tilfeller hvor legen ikke innrømmet å føle seg usikker. Begge studier konkluderer likevel med at innrømmelse av usikkerhet forsterker den terapeutiske effekten av legebesøket.

Gjennom medisinstudiet blir viktigheten av pasientens sykehistorie påpekt opptil flere ganger, noe man erfarer når man er i praksis. Uten tilstrekkelig opplysning om tema som tas opp blir det nærmest umulig å komme frem til rett svar. Det blir som en slags dominoeffekt: uten all informasjonen blir utredning, med klinisk undersøkelse og tester, diagnose og behandlingsplan bare biter av rett fremgangsmåte. Dette kan dog virke noe svart/hvitt, da det i de fleste tilfeller ikke er så enkelt som at hvis legen ikke fanger opp hver enkelt ting som formidles av pasienten, er han ute av stand til å hjelpe. Likevel mener vi at det er i de situasjonene hvor pasientens problem kan virke noe

unødvendig og banal, som ved redsel for et bestemt symptom, at det kanskje er spesielt viktig at legen er imøtekommende og åpen for å lytte og engasjere seg. Som Steinar Hunskaar skriver i sin bok "Allmenntidisin": "En banal tilstand kan ha store konsekvenser, være toppen av et isfjell av lidelser, eller et påskudd for kontakt om sårbare temaer" (4). Men dette vil ikke legen få svar på hvis han ikke spør.

I studiet utført av P.S. Bryne et al konkluderer de med at legens kroppsspråk er helt avgjørende for hvordan konsultasjonen utspeiler seg (14). Måten pasienten blir møtt på vil i stor grad påvirke hva pasienten sier, og også hvordan det legges frem (14). Det vil dermed være fundamentalt for legen å legge til rette for at pasienten får snakke åpent og fritt om problemet, for å unngå misoppfatninger av sannheten. "God kommunikasjon er ikke noe en gjør for å være "snill lege" (4). God kommunikasjon er et verktøy for bl.a. å effektivisere konsultasjonen med større diagnostisk presisjon, mer effektiv gjennomføring av tiltak og bedre støtte for pasienten (4). Med god kommunikasjon og åpen kroppsholdning vil en lege spare seg selv for unødvendig usikkerhet knyttet til konsultasjonen. "Forsto pasienten det jeg fortalte?", eller "har jeg forstått dette riktig?" I tillegg kan en tenke seg at kommunikasjonsproblemer i et tidlig stadiet vil få følgeeffekt senere. Med for lite informasjon om tilstanden til å komme frem til rett løsning på problemet, vil det være urimelig å tro at behandlingsplanen blir optimal. Dette kan resultere i usikkerhet knyttet til diagnose eller egen evne til å kommunisere og plukke opp all essensiell informasjon. I tillegg vil det være en viss usikkerhet forbundet med effekten av behandlingen, eller mangelen derpå. Det er likevel ikke gitt at følelsen av usikkerhet kommer på et senere tidspunkt enn første konsultasjon.

Uavhengig av hvor god en lege er på kommunikasjon, vil han i et møte med en fremmedspråklig pasient være avhengig av tolk for å kunne tilby høy kvalitet på helsetjenesten. Hadziabdic (15) fant at problemer med bruk av tolk i hovedsak var knyttet til rutiner for tilgang til tolk med rett språkkompetanse, noe som ofte resulterte i bruk av pårørende som tolk. Dette førte videre til en suboptimal anamnese grunnet redusert mulighet til å kommunisere. Det er helt klart at i situasjoner hvor det oppstår en språkbarriere, og muligheten til å avdekke all nødvendig informasjon er begrenset, vil kunne gi opphav til usikkerhet og frustrasjon hos en lege. Men, dersom valget står mellom å bruke en sønn med begrenset norskkunnskaper som tolk, eller å vente til neste dag når profesjonell tolk er tilgjengelig, vil det kanskje føles mer risikofyllt og vente? Den tidligere nevnte stressende arbeidshverdagen på allmennlegekontoret, vil da toppes med den usikkerheten forbundet med å sende hjem en pasient uten å vite problemet eller alvorlighetsgraden av det.

Som en mulig løsning på kommunikasjonsproblematikken kan en lege, i større grad enn hvis han var inneforstått med all nødvendig informasjon, benytte seg av tester og laboratorieprøver for å minimalisere usikkerhetsfølelsen. Å ta tilsynelatende unødvendige prøver for å helgardere seg selv for mulige feilskjær vil dog gå ut over pasienten, og kvaliteten på helsetilbudet går ned. Hadziabdic foreslår et tettere samarbeid mellom helsevesenet og tolkebyrå for å kartlegge problemer forbundet ved bruk av tolk, samt komme frem til en løsning som er lønnsom for både pasient og lege. Det er likevel ikke bare i møte mellom lege og fremmedspråklig pasient at problemer forbundet med språk oppstår. Den økte arbeidsinnvandringen fra EØS-land har ført til en økende andel utenlandske leger i Norge. Tidligere i år hadde Aftenposten et innslag om ”Kraftig vekst i utenlandske overleger ved norske sykehus” (33), og anslo der at 16,5 % av yrkesaktive leger under 67 år er utenlandske statsborgere. Det er ikke nødvendigvis slik at i møte med en lege med utenlandsk opprinnelse vil det alltid være problematisk å kommunisere, men man kan anta sannsynligheten for at kommunikasjonsproblemer oppstår er mindre hvis du møter en norsk lege, sammenlignet med en lege med utenlandsk statsborgerskap. Hvor stor denne sannsynligheten er, og hvor omfattende språkproblemet blir, vil være avhengig av legens norskkunnskaper og kulturforståelse, men alt i alt kan man gå ut ifra at en økt andel utenlandske leger vil medføre økte problemer med tanke på språk.

Den økte fokus på verdien av god kommunikasjon innen medisinstudiet har resultert i utallige modeller og huskereglar som skal virke veiledende og forberedende i møte med pasienter. ”De fem F-er” omhandler pasientens perspektiv i møte med helsevesenet, mens Calgary-Cambridge-modellen tar for seg konsultasjonens anatomi og oppbygning (4). Så hvorfor er kommunikasjonsproblemer fortsatt et tema innen medisin? En av årsakene kan være tidsfaktoren. Med listestørrelser på 1500 pasienter og gjennomsnittlig konsultasjonstid på 20 minutter (34), kan det være at fokuset ligger på å effektivisere det kliniske, med undersøkelser, prøver, fulgt av diagnose og behandling. At stresset med lite tid per pasient og redselen for å gå glipp av en alvorlig diagnose, overskygger verdien av kommunikasjonsdelen. Er det slik at vi i dag setter for stor lit til undersøkelser og tester? Og i så fall, hvordan kan vi inkorporere kommunikasjonen slik at den får like stor plass i en konsultasjonssammenheng? Flere forfattere kommer med forslag til hvordan vi kan lære å evne god kommunikasjon i medisinstudiet, blant annet med fiktive pasientkonsultasjoner, rollespill og videokonsultasjoner (28, 29), men for å øke fokus på god kommunikasjon hos en ferdigutdannet lege kan det være at disse øvingsmodellene må repeteres på et senere tidspunkt. Tettere oppfølging og øving på kommunikasjonsferdigheter med konstruktiv tilbakemelding vil være med på å øke bevisstheten på effekten av god kommunikasjon, og kanskje forhindre at du som ferdigutdannet lege går inn i et mønster av dårlige vaner.

Flere forfattere har sett på hvordan dårlig kommunikasjon kan oppstå, samt hvilke konsekvenser det kan få (4, 14, 15, 28). Etter å ha lest gjennom disse studiene kan man spørre om legen opplever usikkerhet i de situasjonene hvor det forekommer kommunikasjonssvikt, eller er det nettopp fordi legen opplever å være sikker i situasjonen og derfor ikke søker å avklare problemet med pasienten, og dermed blir det et kommunikasjonsproblem? Michael Simpson et al (12) fant flere eksempler som bekrefter at kommunikasjonsproblemer er et faktum. Blant annet ble 54% av pasientenes klager og 45% av pasientenes bekymringer ikke oppfattet av legen (23). Det vil være urimelig å tro at disse tallene representerer leger som er oppmerksom på de kommunikasjonsproblemene som oppsto. I så fall vil det være logisk å tenke at legen hadde tatt dette opp med pasienten, og kommunikasjonsproblemet hadde da blitt ikke-eksisterende. Det disse tallene likevel synliggjør er at kommunikasjonsproblemer oppstår, og kanskje spesielt når legen ikke er klar over det. Da kan man videre fundere på om sikkerhet i seg selv kan være grobunn for usikkerhet. Hvis du er for sikker og for bestemt i visse situasjoner, kan dette stenge av alternative måter å tenke på? Når man blir klar over de følgefeil og problemer kommunikasjonsproblemer kan få, og ikke minst, når de blir satt svart på hvitt i studier som Simsons (12), vil dette synliggjøre omfanget av problemet, som videre kan gi opphav til usikkerhet.

En lege vil hele tiden utsettes for diagnostisk usikkerhet i sin legepraksis. Fra hvordan prøvesvar skal tolkes, til hvordan pasienten responderer på behandlingen, vil det alltid være ting som legen ikke kan vite helt med sikkerhet. Hickner et al fant i sitt studie at legene var usikre ved prøvebestilling i 14,7% av tilfeller, og usikre i 9,8% av tilfeller av prøvetolkning (16). Det usikre vil altså alltid være der, som David M. Eddy (19) skriver. Variabelen blir derfor hvordan leger reagerer på usikkerheten, og eventuelt håndterer den. Flere faktorer spiller inn her, der iblant arbeidserfaring (9, 18, 31), men leger, som mennesker ellers, reagerer svært forskjellig på usikkerhet og stress. Dette sees i flere studier der leger har blitt delt inn etter nettopp hvordan de reagerer på usikkerhet og stress (6, 18). I studiet av McKibbin (6) ble det funnet at «usikre» leger har en annen måte å tilegne seg informasjon på, som man kan kalle for en mestringsstrategi. Et lite, men interessant funn fra samme studie, var at de usikre legene hadde en noe bedre prosent hva gjaldt å finne riktig svar ved hjelp av internettsøk. Dette virker logisk; en høyere generell usikkerhet medfører kanskje også en større skepsis til de metoder man benytter og de svar man finner – kanskje usikkerhet gjør deg til en bedre lege? Gerrity (18) peker i sitt studie på at kvinner er mer stressede enn sine mannlige kolleger. Dersom dette er tilfellet, er det kanskje en også en forskjell på menn og kvinner hva gjelder tendenser til diagnostisering, behandling, prøvebruk med mer. Borges da Silva et al (35) (sekundærkilde) har sett på regnskapet til 870 allmennpraktikere i Québec som hadde behandlet eldre diabetespasienter, og fant at det var en signifikant forskjell der de kvinnelige

legene i større grad ga rett behandling og planla de undersøkelser som de kanadiske retningslinjene spesifiserte. De mannlige legene var på sin side mer produktive. Om det skulle foreligge en slik forskjell som studiet påpeker, kan man spekulere i om at det at kvinnelige leger er mer usikre enn mannlige, kanskje spiller en rolle.

Dersom man går utifra at usikre leger er mer nøyaktige og større grad kommer fram til rett diagnose; kan man si at hyppig usikkerhet hos legen er en positiv egenskap? Henry M.S. (20) argumenterer for at legen bør innrømme usikkerhet overfor pasienten, da dette gir en bedre kommunikasjon rundt den aktuelle problemstillingen – noe som igjen kan gi legen mer informasjon og være med på å redusere den foreliggende usikkerheten. Blanch et al (21) fant derimot i sitt studie der analoge pasienter vurderte 147 medisinstudenter i øvingskonsultasjoner, at økt innrømmelse av usikkerhet førte til en mer negativ vurdering av studentens kompetanse, selvsikkerhet, medfølelse og kommunikasjonsevner.

Leger har flere strategier de benytter seg av for å håndtere usikkerheten. Studiet av Hickner et al (16) så på dette i forbindelse med bestilling og tolkning av labprøver, og flere strategier ble dratt fram som hjelpsomme i en slik situasjon, som bruk av internettressurser, henvisninger samt uformelle samtaler med kolleger. En lege som driver praksis med en høy grad av usikkerhet, med en tentativ økt treffsikkerhet hva gjelder diagnostisering, kan man tenke seg vil ha en lavere kostnadseffektivitet. For å oftere stille riktig diagnose, kan man anta at den usikre legen benytter seg mer av henvisninger, labprøver og andre hjelpemidler, som følgelig resulterer i økte kostnader. Man må spørre seg om en forbedret diagnostikk vil være verdt de økte kostnadene, og ikke minst et dårligere lege-pasientforhold, som i seg selv kan vanskeliggjøre diagnostikken på grunn av dårligere kommunikasjon legen og pasienten imellom.

Et norsk prospektivt studie av Tyssen et al (7) viste at jobbrelatert stress var den viktigste årsaken til mentale helseproblemer hos norske turnusleger, og som studiet av McKibbon et al (6) viste, finnes det absolutt leger som reagerer på usikkerhet med stress som reaksjon, og noen mer enn andre. Det er altså mye som taler for at usikkerhet hos legen er en negativ ting, som påvirker lege-pasientforholdet, kanskje er mindre kostnadseffektivt, og til og med kan påvirke legers mentale helse. Men, som Cavalcanti et al (17) viste, så er legens sikkerhet i sin sak upålitelig med tanke på diagnostisk treffsikkerhet. Skal en lege virkelig ikke forholde seg kritisk til egne vurderinger? Det er langt ifra entydig om innrømmelse av usikkerhet gjør godt for lege-pasientforholdet, som må vurderes som noe som er av stor betydning for både lege og pasient, og viktig for god helsehjelp.

Uavhengig av om usikkerhet i medisinen er noe som man ønsker å få fullstendig bukt med eller ikke, bør temaet gis mer oppmerksomhet. Vårt litteraturstudie har vist at det finnes begrensede mengder litteratur om temaet, og da særlig innenfor feltet kommunikasjon; vi viser til både den lille mengden materiale som ble funnet og at vi måtte endre søketaktikk underveis, samt det faktum at vi har måttet benytte oss av forskning på medisinstudenter og leger av annen spesialitet enn allmennleger, som var gruppen vi primært ønsket å se på. Våre erfaringer som medisinstudenter gjenspeiler kanskje forskningen, da studiet ikke tar opp temaet. Usikkerhet bør vies mer oppmerksomhet både for å forberede både vordrende og praktiserende leger på hva som er en viktig del av den medisinske hverdagen; men også for å få fram det faktum at usikkerhetsfølelse er normalt. Når man ser at usikkerhet hos leger fører til stress, som videre kan affisere mental helse (7), har man allerede gode nok grunner til å utforske dette nærmere. Kan det tenkes at leger vil reagere mindre negativt på usikkerhet dersom dette sees på som noe normalt, og noe som andre leger også opplever? Et økt fokus på dette både på medisinstudiet og på arbeidsplassen, vil kanskje inspirere til at opplevelser og følelser om usikkerhet deles oftere kolleger imellom. Å som lege tro at man er den eneste som føler seg usikker, gjør nok ikke godt for ens selvfølelse. En normalisering av medisinsk usikkerhet som fenomen, kan kanskje også bidra til at pasienter får et mindre negativt syn på den usikre legen.

Det er altså ønskelig med et økt fokus på temaet usikkerhet, men hvordan kan dette konkret gjøres? Mer forskning er trolig svaret. Studiet av Blanch et al (21) der medisinstudenters usikkerhet ble vurdert med en poengsum for så å bli sammenlignet med hvordan analoge pasienter oppfattet de, er et interessant eksempel på hvordan usikkerhet kan studeres. Informasjonen et slikt studie kan gi oss, vil nok være enda mer verdifull dersom det gjøres med praktiserende leger og ekte pasienter. Et forslag til et studie som kan gjøres, vil være noe lignende av det vi opprinnelig planla å gjøre i denne 5.årsoppgaven, bare i en større skala, og inspirert av det nevnte studiet av Blanch et al. Allmennleger kan bli filmet, og videoene analyseres der det letes etter «uttrykk for usikkerhet», som på forhånd er blitt definert og som de som analyserer filmene er inneforstått med. Legene kan så i ettertid bli spurt om han eller hun følte usikkerhet på dette tidspunktet, hvordan det ble opplevd, og det kan sees på hvordan usikkerheten eventuelt ble håndtert av legen. Temaet usikkerhet i medisinen er et relativt nytt og lite utforsket tema, men vil nok for alltid forbli relevant innen faget. Vi følger med i spenning på hva framtidig forskning vil finne ut om temaet, og håper at vår oppgave kan bidra til inspirasjon.

Konklusjon

I dette litteraturstudiet har vi søkt å finne situasjoner ved legeyrket som kan gi opphav til usikkerhet hos legen, og har da hatt vårt hovedfokus på allmennlegen. Våre funn korrelerer med de erfaringer vi har gjort oss fra 5. årspraksis, nemlig at nærmest alle aspekter ved legeyrket inneholder faktorer som kan resultere i en følelse av usikkerhet hos legen; det være seg i møte med en pasient, med kommunikasjon, språk- og kulturforståelse, ved bruk av diagnostiske verktøy, samt ved prøvetaking og tolkning av prøvesvar. Konsekvensene av usikkerhet hos legen kan muligvis være høyere presisjon i diagnostikken, men dette går på bekostning av produktivitet, og kan også påvirke lege-pasientforholdet i negativ grad.

Hvorvidt følelsen av usikkerhet har en positiv eller negativ effekt hos en lege er det vanskelig å konkludere med. Leger har mange ulike måter å forholde seg til usikkerhet på, både følelse- og sannsynlighetsmessig, og det finnes mange verktøy til disposisjon. Mye er opp til personlig preferanse, der noen foretrekker henvisninger, mens andre spør heller en kollega. En måte å håndtere usikkerheten var å være bevisst på den, og å redusere denne på best mulig måte, og på den måten holde usikkerheten på et tolererbart nivå. I tillegg er det viktig å være oppmerksom på hva usikkerhet gjør med oss som personer. God kommunikasjon vil til syvende og sist gi mindre usikkerhet og er kanskje til og med mer kostnadseffektivt enn å rekvirere mange ulike prøver for å diagnostisere en mistenkt sykdom. Det vil hjelpe en lege å håndtere usikkerhet ved å være klar over sine styrker som person. En usikker lege vil kanskje få mer ut av flere bekreftende tester enn bedre kommunikasjon med pasienten, og på den andre siden vil en sikker person kanskje ha mer igjen ved å bedre kommunikasjonen. Uavhengig av hvor du som person plasserer deg selv på en tenkt skala, hellende mot henholdsvis ”usikker” eller ”sikker”, vil det for fremtiden være lønnsomt at det blir satt økt fokus på temaet. Dette bør gjøres under medisinstudiet for å forberede kommende leger på en viktig del av deres arbeidshverdag, samt å gjøre de bevisst på at usikkerhet er en ufravikelig del av det å være lege; at det er helt normalt, og at det kanskje i noen tilfeller til og med kan være en positiv egenskap å ha som lege. Det er nødvendig med mer forskning på temaet, og å få kartlagt hvorvidt det finnes effektive metoder å håndtere usikkerhet på, og hvordan man best mulig kan være åpen med en pasient uten at dette går utover lege-pasientforholdet.

1. Gaichas S. Uncertainty in ecosystem indicators: known knowns, known unknowns, and unknown unknowns.
2. Gerrity MS, Earp JAL, DeVellis RF, Light DW. Uncertainty and Professional Work: Perceptions of Physicians in Clinical Practice. *American Journal of Sociology*. 1992;97(4):1022-51.
3. Hayward R. Balancing certainty and uncertainty in clinical medicine. *Developmental medicine and child neurology*. 2006;48(1):74-7.
4. Hundskår S. *Allmenntmedisin*: Gyldendal Norsk Forlag AS 2013. 3. utgave, 1. opplag 2013; 2013.
5. Fox RC. The evolution of medical uncertainty. *The Milbank Memorial Fund quarterly Health and society*. 1980;58(1):1-49.
6. McKibbin KA, Fridsma DB, Crowley RS. How primary care physicians' attitudes toward risk and uncertainty affect their use of electronic information resources. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*. 2007;95(2):138-46, e49-50.
7. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Medical education*. 2000;34(5):374-84.
8. WB B. *Sir William Osler: Aphorisms from his Bedside Teachings and Writings*. 1950. (sekundærreferanse)
9. RC Fox RM, RC Reader, P Kendall. *Training for Uncertainty. The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education*. 1957. (sekundærreferanse)
10. Hall KH. Reviewing intuitive decision-making and uncertainty: the implications for medical education. *Medical education*. 2002;36(3):216-24.
11. Beresford EB. Uncertainty and the shaping of medical decisions. *The Hastings Center report*. 1991;21(4):6-11.
12. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *Bmj*. 1991;303(6814):1385-7.
13. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *Bmj*. 2000;320(7233):484-8.
14. Byrne PS, Heath CC. Practitioners' use of non-verbal behaviour in real consultations. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1980;30(215):327-31.
15. Hadziabdic E, Heikkila K, Albin B, Hjelm K. Problems and consequences in the use of professional interpreters: qualitative analysis of incidents from primary healthcare. *Nursing inquiry*. 2011;18(3):253-61.
16. Hickner J, Thompson PJ, Wilkinson T, Epner P, Sheehan M, Pollock AM, et al. Primary

- care physicians' challenges in ordering clinical laboratory tests and interpreting results. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*. 2014;27(2):268-74.
17. Cavalcanti RB, Sibbald M. Am I right when I am sure? Data consistency influences the relationship between diagnostic accuracy and certainty. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2014;89(1):107-13.
 18. Gerrity MS, DeVellis RF, Earp JA. Physicians' reactions to uncertainty in patient care. A new measure and new insights. *Medical care*. 1990;28(8):724-36.
 19. Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. *Health affairs (Project Hope)*. 1984;3(2):74-89.
 20. Henry MS. Uncertainty, responsibility, and the evolution of the physician/patient relationship. *Journal of medical ethics*. 2006;32(6):321-3.
 21. Blanch DC, Hall JA, Roter DL, Frankel RM. Is it good to express uncertainty to a patient? Correlates and consequences for medical students in a standardized patient visit. *Patient education and counseling*. 2009;76(3):300-6.
 22. Johnson CG, Levenkron JC, Suchman AL, Manchester R. Does physician uncertainty affect patient satisfaction? *Journal of general internal medicine*. 1988;3(2):144-9.
 23. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1979;29(199):77-81.
 24. Glover GR. Unrecognised depression in general practice. *British medical journal (Clinical research ed)*. 1985;291(6488):140.
 25. Waitzkin H. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 1984;252(17):2441-6.
 26. Ley P. Communicating with patients: Improving communication, satisfaction and compliance. *Psychology and medicine series*. 1988.
 27. Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D, Vallbona C. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 1987;6(1):29-42.
 28. Lipkin M, Jr., Quill TE, Napodano RJ. The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Annals of internal medicine*. 1984;100(2):277-84.
 29. Maguire P. Can communication skills be taught? *British journal of hospital medicine*. 1990;43(3):215-6.
 30. Rhodes P, Nocon A. A problem of communication? Diabetes care among Bangladeshi people in Bradford. *Health & social care in the community*. 2003;11(1):45-54.
 31. Atkinson P. Training for certainty. *Social science & medicine (1982)*. 1984;19(9):949-56.

32. Katz J. The silent world of doctor and patient. New York: Free Press. 1984.
33. Langberg ØK. Kraftig vekst i utenlandske overleger ved norske sykehus. 2014.
34. Hasvold T. Listestørrelse og kvalitet i fastlegeordningen 2000.
35. Silva Bd. Female doctors are better than male doctors, but males are more productive. 2013.