

Når legen blir i tvil

Hvilken betydning har erfaring for allmennlegens håndtering av usikkerhet

**MED 3950 - 5.årsoppgaven
Profesjonsstudiet medisin,
Det helsevitenskapelige fakultet,
UiT Norges arktiske universitet**

Iren Syversen

Kull 2011

**Veileder: Torsten Risør,
studieplansjef medisin ved UiT, førsteamanuensis og allmennlege**

Tromsø 30.mai 2016

Forord

I den obligatoriske 5.årsoppgaven på profesjonsstudiet medisin har jeg valgt å jobbe med en kvalitativ studie om usikkerhet hos allmennleger.

Jeg antar at alle allmennleger opplever usikkerhet mange ganger hver dag på kontoret, men er det forskjell på hvordan en turnuslege og en erfaren lege håndterer denne usikkerheten? Har vi unge leger noe å lære av de erfarne?

Dette har jeg sett på i mitt prosjekt og denne rapporten er en sammenfatning over hva jeg fant i min studie.

Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder Torsten Risør, studieplansjef medisin og førsteamanuensis ved UiT og allmennlege. Jeg setter stor pris på alle gode tilbakemeldinger og tips, tålmodigheten og spark bak.

Jeg ønsker også å takke de nære rundt meg som har vært særlig tålmodig den siste tiden.

En ekstra stor takk til Nordbyen legesenter for inkludering, åpenhet og godt samarbeid.

Tromsø, mai 2016

Iren Syversen

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	3
1. Innledning	4
2. Material og metode	6
2.1 Materiale	6
2.1.1 Utvalg og rekruttering	6
2.2 Metoder	7
2.2.1 Arbeidsprosessen	7
2.2.2 Deltakende observasjon	8
2.2.3 Observasjonsskjemaet	9
2.2.4 Analysen	11
3. Resultater	11
3.1 Turnuslege Jorunn	11
3.2 Erfaren lege Håkon	14
3.3 Erfaren lege Knut	17
3.4 Sammendrag	20
3.4.1 Usikkerhet	20
3.4.2 Håndtering	20
4. Diskusjon	21
4.1 Resultatdiskusjon	21
4.2 Metodediskusjon	23
4.2.1 Valg av metode	23
4.2.2 Utvalg og rekruttering	25
4.2.3 Observasjonssituasjonen	25
5. Konklusjon	26
Vedlegg	28
Referanseliste	29

Sammendrag

Usikkerhet er et grunnvilkår i helsevesenet og skaper utfordringer både for helsepersonell og pasienter. Ferdigheter for å håndtere denne usikkerheten er viktig. Spesielt er dette viktig hos allmennlegen der det dukker opp flere uorganiserte og utydelige saker enn på sykehus der pasientene allerede er ferdig sortert.

Denne oppgaven er en kvalitativ observasjonsstudie som tar for seg usikkerhet hos allmennleger. Jeg har observert to erfarne fastleger og en turnuslege i ti konsultasjoner hver. Formålet var å se om de erfarne legene hadde noen metoder for å håndtere usikkerhet som de uerfarne legene kunne lære av.

Ut fra det jeg har funnet så kan det se ut som turnuslegens usikkerhet dreier seg mer om diagnose og det bygger opp om at medisinstudenter blir trent opp til usikkerhet rundt differensialdiagnoser og behandling. Dette kan også sees ved at turnuslegen håndterte usikkerheten mye med å bruke NEL som er kort og konsis på dette. Hun bruker også i stor grad metoden om at pasienten tar kontakt hvis symptomene ikke blir bedre. Dette kan tolkes som at studentene blir lært opp til å være usikker på grunn medisinfagets kompleksitet og det er mye man må være usikker på.

Hos de erfarne legene er også usikkerheten rundt diagnosen størst, men mine observasjoner kan tolkes dithen at de opplever mer usikkerhet også rundt prognose, behandling og årsak til sykdom. Ut i fra resultatene og tolkning ut fra tilgjengelig litteratur har de erfarne legene mer trygghet og kontroll over usikkerheten sin. De tør å være usikre og usikkerheten gjelder større område enn kunnskapen, de ser mer hele mennesket. De erfarne legene bruker et bredere spekter for å kontrollere usikkerheten sin. Om dette kommer ut personlig utvikling eller paradigme er vanskelig å si ut i fra min studie.

I tillegg har de erfarne legene utviklet en rutine på dagligdagse pasientproblemer som de bruker lite energi på. Når det dukker opp atypiske symptomer og tilstander har de større evne til å stoppe opp og sakke ned tempoet for å få tak i hva dette egentlig er. Derfor er de i større stand til å se hele mennesket og ikke bare de enkelte symptomene.

Jeg mener at erfaring er viktig i å håndtere usikkerhet. Den nye studieplanen ved UiT fra 2012 bygger opp under dette med blant annet mer casebasert undervisning og mer pasientkontakt fra 1.studieår. Det gjør at en nyutdannet lege har bredere erfaring enn tidligere og kan bruke mer energi på de atypiske problemene enn de vanlige.

1. Innledning

Usikkerhet og uforutsigbarhet er grunnvilkår i helsevesenet og skaper utfordringer for både helsearbeidere og pasienter. Ferdigheter for å håndtere dette er viktig i allmennpraksis der det dukker opp flere uorganiserte og utydelige saker enn på sykehuset der pasientene allerede er ferdig sortert. I allmennpraksis er det ofte ingen opplagt diagnose på det tidspunkt pasienten oppsøker legen og man kan si at usikkerhet er en iboende egenskap hos allmennlegen som denne må takle (O`Riordan, Dahinden et al. 2011).

Fagområdet medisin er ikke en eksakt vitenskap. Eksakte vitenskaper er vitenskaper som kan behandles matematisk (Aarnes 2015). Dette omfatter blant annet matematikk, mekanikk, fysikk, informatikk og moderne kjemi. Dette er ikke en uttømmende liste, men medisin er ikke med i denne. Det betyr at all informasjon som kommer fram under en konsultasjon må vurderes opp mot hverandre og legen må bestemme seg for hva han skal gjøre med dette. I slike situasjoner kan det fort oppstå usikkerhet. Usikkerhet fordi legen vil gi pasienten best mulig svar og behandling.

Den raske økningen i vitenskapelig kunnskap og teknologi har, paradoksalt nok, skapt en stor økning i usikkerhet. Usikkerheten ligger i grensen av kunnskapen og jo mer vi vet, jo mer omfattende blir usikkerheten. (Gerrity 1992). Usikkerhet er et viktig og gjennomtrengende problem som har fått økt oppmerksomhet i helsetjenesten pga økt trykk på bevisbasert medisin, pasientsentrering og delt ansvar for avgjørelser. (Han 2011)

Usikkerhet defineres av blant annet som noe som ikke er kjent, definert eller bestemt, at man er i tvil om noe eller ikke helt vet (Uncertain 2016). Merriam-Webster's learner's dictionary definerer usikkerhet i det utvidede begrepet som også noe som kan være problematisk, upålitelig, variabelt eller tvilsom.

Prosjekt Norge definerer usikkerhet som differansen mellom den informasjonen som er nødvendig for å ta en sikker beslutning og den informasjonen som er tilgjengelig. (ProsjektNorge 2016). De sier også at usikkerhet kan deles inn i positiv usikkerhet som betegnes som mulighet og negativ usikkerhet som betegnes som risiko.

I og med at medisinen ikke er en eksakt vitenskap og man jobber med pasienter som er heterogene med forskjellige risikofaktorer er et av problemene å skille klinten fra hveten og være flinke til å kalkulere risiko (Rørtveit 2001)

Usikkerhet i en konsultasjon kan oppstå på flere området, og mange har prøvd å definere disse på forskjellige måter. Han m.fl. prøver å dele usikkerhet opp i to dimensjoner (Han 2011). Første dimensjon er ikke spesifikk når det gjelder helse og dette er *kilden* til usikkerhet; muligheter,

tvetydighet og kompleksitet.

Den neste dimensjonen er helsevesenets problemer og deler usikkerhet inn i tre forskjellige hovedområder: vitenskapelig, praktisk og personlig. Vitenskapelig usikkerhet er sykdomssentrert, mens praktisk og personlig usikkerhet er henholdsvis system- og pasientsentrert. Disse hovedområdene kan deles inn i mer spesifikke underkategorier. *Vitenskapelig usikkerhet* handler om usikkerhet i forhold til diagnose, prognose, årsaker til sykdom og behandlingsanbefalinger. *Praktisk usikkerhet* vender seg mot strukturene og prosessene rundt behandling av en pasient. *Personlig usikkerhet* vedrører psykososiale og eksistensielle saker, for eksempel effekt av behandling på personlige forhold eller effekt av sykdommen i synet på meningen med livet.

Det mest utfordrende oppgaven med usikkerhet er ikke det å ikke få klart fram hva for eksempel diagnosen er, men at både kliniker og pasient sammen kan klare å håndtere usikkerheten (Han 2011)

Medisinstudentene har en stor teoretisk kompetanse innen forskjellige enkeltemner. Når de kommer ut i praksis må disse settes sammen til en helhet for konkret å yte pasientene best mulig hjelp.

Legeutdanningen har mye teori og målet er at de teoretiske perspektivene bidrar til refleksjon, tolkning og analyse som grunnlag for handling (Hovdenak and Risør 2015). Som ferdig utdannet lege skal disse teoretiske perspektivene kunne anvendes i yrkesutøvelsen.

Hovdenak og Risør henviser til Grimen som snakker om praktiske synteser, han definerer det som

Hvis det som integrerer elementene i en profesjons kunnskapsbase er de fordringer som profesjonens yrkesutøvelse stiller, har vi en praktisk syntese. I en praktisk syntese trenger ikke alle kunnskapselementene å henge godt teoretisk sammen. Det viktige spørsmålet når det gjelder denne dimensjonen, er: Hva skaper enhet i profesjonenes kunnskaper?

For legene gjelder det altså at delene av kunnskap medisinstudentene har med seg må vedkommende beherske og være i stand til å sette sammen. På vei fra student til lege må man klare å lage meningsfulle sammenhenger fra auditoriet til klinikken.

Reneé Fox har jobbet mye med medisinsk usikkerhet også blant medisinstudentene og henviser i en bok til Donald Light som også bygger på hennes eget arbeid. (Fox 1999) Hun har sett på hvordan studentene underveis i studiet blir lært opp til å være usikre fordi medisinen er kompleks og at det er ting man ikke forstår og dermed fylt av usikkerhet. Light ser på hvilke typer usikkerhet nylig uteksaminerte medisinerne erfarer og hvordan de takler disse dilemmaene dette innebærer. Han fant mye klinisk usikkerhet rundt diagnose, behandling og pasientrespons som handler om usikkerhet rundt det studentene hadde lært. Han fant at behovet for *kontroll* av usikkerheten økte hos disse unge medisinerne etter hvert som ansvaret økte. Så fokuset fra medisinstudiet om å bli *trent opp* til usikkerhet ble endret til å bli fokus om å *kontrollere* usikkerheten. Han identifiserte to måter å

kontrollere denne på. Den ene måten er personlig utvikling av egne kliniske vurderinger og den andre en å ta i bruk en behandlingsfilosofi eller et paradigme.

Som medisinstudent har jeg i løpet av praksisperioden kjent mange ganger på usikkerhet i konsultasjoner, der jeg har lurt på om jeg har klart å tolke rett og gjort de rette valgene til pasientens beste. Jeg regner med at jeg også som turnuslege vil kjenne på mye av denne usikkerheten fordi medisinen ikke er eksakt. Det viktige er da å kunne håndtere denne usikkerheten og løse den på en gunstig måte for pasienten og da gjelder det å ha gode nok strategier og verktøy til dette. I mitt møte med leger ser jeg at alle, både gamle og unge kan føle på usikkerhet i noen situasjoner.

Jeg skal ta for meg allmennlegen og jeg antar at alle disse, både erfarne og uerfarne opplever en type usikkerhet en eller flere ganger i løpet av arbeidsdagen. I min oppgave skal jeg se på den vitenskapelige usikkerheten beskrevet av Han m.fl. og hvordan legene håndterer denne. Formålet for prosjektet er å skape en bevissthet om hvor vanlig usikkerhet er i en allmennleges hverdag og hvilke strategier legen bruker for å håndtere dette. Er det sånn at erfarne og ferske leger har like strategier, eller har de erfarne legene noen strategier å lære bort?

Forskningsspørsmålet jeg skal jobbe ut i fra er:

«Er det forskjell på hvordan uerfarne og erfarne leger håndterer vitenskapelig usikkerhet? Har de forskjellige metoder for å komme seg nærmere en visshet?»

2. Material og metode

2.1 Materiale

2.1.1 Utvalg og rekruttering

I mitt prosjekt har jeg sammenlignet turnusleger i allmennlegetjeneste med erfarne allmennleger. Det var ønskelig at turnuslegene hadde jobbet noen måneder på samme kontor for at usikkerhet rundt de praktiske tingene ikke skulle være et bias. Det var også ønskelig at de erfarne legene hadde mange års erfaring slik at de var trygge i sin rolle som lege og hadde stor kompetanse på et vidt felt av pasienter og problemstillinger. For å avgrense oppgaven og å gjøre den mulig å gjennomføre var målet å bruke to erfarne leger og to turnusleger.

Begge de to erfarne legene og den ene turnuslegen rekrutterte jeg muntlig fra det kontoret jeg hadde utplassering. Den siste turnuslegen prøvde jeg å rekruttere ved å sende skriftlig brev og mail til legekantor i nærheten der jeg hadde fått opplyst at de hadde ansatt turnuslege (vedlegg). Tross gjentatte purringer fikk jeg ingen positiv respons og satt dermed igjen med kun en turnuslege jeg kunne bruke i min studie.

Begge de erfarne legene var menn med over 15 års fartstid og turnuslegen var kvinne som hadde jobbet ved dette kontoret ca 3 måneder.

2.2 Metoder

I mitt prosjekt har jeg valgt å bruke kvalitativ metode. Det er fornuftig å arbeide kvalitativt når man skal utvikle en hypotese, der målet er forståelse og ikke forklaring. Metoden er godt egnet for problemstillinger vi ikke har oversikt over og det å sette nye spørsmål på dagsorden. (Malterud 2011). Dette passer utmerket i min oppgave der dette feltet er rimelig utforsket.

Observasjon egner seg godt når man skal registrere hva folk faktisk gjør, registrere adferd. Vi unngår dermed problemer knyttet til at mennesker ikke husker hva de har gjort eller at de ikke snakker sant. (Jacobsen 2010) Dessuten foregår dette på et aktuelt fysisk sted, her på legekantoret. Så det vi registrerer er hva folk gjør i en spesiell sammenheng.

Metodens hovedbegrensning er derfor at vi ser bare hva de gjør og ikke hva de subjektivt opplever eller mener. (Jacobsen 2010) Ofte kobles observasjon til en form for intervju, men det har jeg valgt å ikke gjøre i min studie. Dette fordi jeg ønsket å tolke bare det jeg så der og da, jeg ønsket ikke legens fortolkning av situasjonen.

2.2.1 Arbeidsprosessen

Høsten 2014 startet arbeidsprosessen med oppgaven da min veileder Torsten Risør hadde lagt ut et tilbud om prosjekt til 5.årsoppgave. Prosjektets tittel var «Når legen er i tvil...» og temaet var fokus på allmennlegens tvil og usikkerhet i løpet av en arbeidsdag og hvordan dette ble håndtert og løst av legen. Prosjektet skulle gi nyttig informasjon om usikkerhet som integrert del av allmennlegens hverdag og hvordan muligheter legen har til å komme ut av denne usikkerheten. Metoden var foreslått til videoopptak en dag på allmennlegekontor.

Jeg ønsket å utforme den litt på egen hånd og etter noen møter og mailkorrespondanse med min veileder samt møte med en gruppe av studenter som skulle skrive om temaer relatert til legers utdanning var prosjektbeskrivelsen klar 1. februar 2015.

Da lå den i skuffen til høsten 2015 og august til november brukte jeg på å lese litteratur og utarbeide observasjonsguiden. I november satte min veileder opp en testobservasjon der jeg og en medstudent kunne få øvd oss på observasjonssituasjonen med fokus og notater. I etterkant av denne skrev jeg et refleksjonsnotat som jeg fikk tilbakemelding fra veileder om hva som var bra og hva jeg burde fokusere mer på.

November brukte jeg også på å lage et brev som jeg sendte ut til potensielt aktuelle turnusleger for observasjon (vedlegg) og avtalte muntlig observasjoner med de to erfarne legene og den ene turnuslegen. Mine tre observasjoner utførte jeg på tre dager i midten av desember og disse observasjonene ble skrevet ut i sin helhet i desember 2015 og januar 2016.

Februar til mai er brukt til oppgaveskriving og litteraturlæsning med noen møter og mailkontakt med min veileder.

2.2.2 Deltakende observasjon

Det er særlig i situasjoner som er kjent fra tidligere, at forskeren kan delta uten å være en del av miljøet. Forutsetningen er at forskeren kjenner miljøet godt nok til å vite hva som er særlig relevant å være oppmerksom på. (Thagaard 2013). Som medisinstudent og nettopp ferdig i praksis var jeg godt kjent med hvordan konsultasjoner forgår. Jeg er innforstått med faglig terminologi, kliniske undersøkelser og laboratorieprøver og følte meg godt forberedt til å ha fokuset på hvordan legen brukte disse verktøyene under konsultasjonen. I tillegg hadde jeg og en medstudent tidligere gjennomført en testobservasjon som vår veileder hadde satt opp, der vi fikk prøvd oss som observatører. Det ga meg en viktig lærdom i å holde fokus under konsultasjonen.

Jeg har observert leger i deres møte med pasientene og deres tegn til usikkerhet. Ved observasjon får jeg studert både verbal og non-verbal kommunikasjon og usikkerheten hos legen har jeg tolket ut fra kroppsspråk og direkte hva legen har sagt til pasienten. Jeg har gjort notater av hele konsultasjonen og angitt i notatene der jeg tolker at jeg merker usikkerhet.

Under konsultasjonene ønsket jeg å være litt usynlig i rommet. Selv om det var legen jeg skulle observere valgte jeg å være lite synlig for pasienten, jeg satt derfor bak eller på skrå bak for pasienten. Dette i samråd med legene fordi vi mente at mitt nærvær kunne ha større forstyrrelser for pasienten enn for legen. Vedkommende lege ville bli vant til meg etterhvert og det er jo pasienten som kommer med sine private og personlige plager til legen. Dessuten var dette leger som jeg kjente noe fra før av og vi antok at de ikke ville bli så forstyrret av mitt nærvær.

Den første observasjonen jeg gjorde var hos turnuslegen, dette fordi jeg visste at hun hadde færre konsultasjoner i løpet av en dag enn de erfarne legene og kunne da legge grunnlaget for hvor mange pasienter jeg skulle observere hos hver enkelt. Jeg var hos henne hele dagen og denne dagen hadde hun 10 pasienter og derfor observerte jeg 10 pasienter hos de to erfarne legene de to påfølgende dagene.

Målet mitt var ikke å være deltakende i konsultasjonene, men i noen få tilfeller ble jeg enten spurt av legen om min mening eller at jeg ble så revet med av pasienthistorien at jeg måtte undersøke og se på pasienten jeg også. Det gjorde at jeg både kom nærmere legens perspektiv og samtidig mistet noe fokus på fortolkning av legen.

2.2.3 Observasjonsskjemaet

For å kunne systematisere mine observasjoner og kunne ha fokus på de rette tingene utviklet jeg et observasjonsskjema, ett skjema for hver pasient (se under). Det gjorde det lettere å huske pasienten i ettertid når jeg skulle jobbe mer med observasjonene. Alle konsultasjonene ble skrevet i sin helhet, men overført til dette skjemaet rett etter konsultasjonens slutt og noe justert etter videre bearbeidelse.

Pasient nr: _____

Pasientens problem:

Legens usikkerhet:

Diagnose Prognose Behandling Årsaker til sykdommen

Håndtering:

- NEL
- Up to date
- Ringe kollega
- Fysisk til kollega
- Kontakte spesialist
- Henvisning
- Ny kontroll
- «Vente å se». Pasient tar kontakt
- Erfaringsbasert
- Blodprøver
- Andre undersøkelser

Annet

Beskriv:

Hver pasient fikk sitt eget nummer som jeg på et annet ark skrev alder og kjønn, ett ark hos hver lege.

Dette for å ha en kort oversikt over alle pasientene på ett sted.

Første rubrikk på observasjonsskjemaet var «*Pasientens problem*» der jeg skrev grunnen til at vedkommende kom til legen, helt kort objektivt beskrevet.

Neste rubrikk gjaldt «*Legens usikkerhet*». Her klassifiserte jeg legens usikkerhet ut fra det jeg skulle undersøke og ut fra mine observasjoner. Jeg skulle se på vitenskapelig usikkerhet ut fra Han m.fl. sin oppdeling og fikk da fire punkter som jeg definerte dette til.

Første punkt var usikkerhet som gjaldt **diagnose**. Altså om legen var usikker på hvilken sykdom pasienten presenterte. Noen sykdommer har mange og/eller diffuse symptomer som kan være vanskelig å tolke.

Andre punkt var **prognose**. Prognose er en vurdering av hvordan en sykdom vil forløpe. Vurderingen bygger på statistisk materiale og tidligere erfaring og individuelle faktorer spiller inn. (Kåss 2015)

Tredje punkt var **behandling**. Om legen var usikker på hvilke type behandling som var best for denne sykdommen eller tilstanden.

Fjerde punkt var **årsaker til sykdommen**. Det gikk ut på om grunnen til legens usikkerhet gjaldt hvorfor pasienten hadde fått denne sykdommen.

Den neste rubrikken gjaldt så hva legen gjorde for å ***håndtere denne usikkerheten***, hvordan vedkommende løste dette. Der satte jeg inn punkter som jeg av egen erfaring gjennom observasjon av lege, praksis og via studiet anser som mulige måter å håndtere usikkerheten på.

Disse punktene var

- **NEL** (Norsk elektronisk legehåndbok) på internett som jeg vet mange bruker fordi de har gode kliniske kapitler, oversiktlige sider med kort og lettfattelig, men likevel grundig informasjon om symptomer, undersøkelser og behandling.
- **Up to date**, engelskspråklig side som har utfyllende informasjon om sykdommer og tilstander, men som, ovenfor oss studenter, blir mest brukt og henvist til når det gjelder nye retningslinjer for behandling.
- **Ringe kollega**. Enten ringe til kollega i samme praksis eller kollega som jobber annet sted for å få en «second opinion».
- **Fysisk til kollega**. Gå fysisk ut av kontoret for å treffe en kollega for å diskutere casen.
- **Kontakte spesialist**. Ringe evt. kontakte på andre måter spesialist direkte for å diskutere enten sykdomsbilde, behandling, alvorlighetsgrad eller andre ting.
- **Henvisning**. Sender henvisning for røntgen eller videre behandling/oppfølging hos spesialist.
- **Ny kontroll**. Legen setter pasienten opp til en ny time for å kontrollere utvikling av tilstanden
- **«Vente å se»**. Pasienten oppfordres til å ta kontakt dersom tilstanden ikke bedres eller evt forverres.
- **Erfaringsbasert**. Legen har vært borti denne type problematikk før og bruker den han/hun har god erfaring med fra tidligere uten at dette nødvendigvis følger strenge retningslinjer
- **Blodprøver**. Prøver som tas fordi man er usikker i situasjonen,
- **Andre undersøkelser**. Som tas kun fordi det erfares usikkerhet.
- **Annet**. Åpen kategori med åpning for alt annet legen kan gjøre for å komme ut av usikkerheten sin, eks spirometri.

2.2.4 Analysen

I hver observasjon noterte jeg hele tiden. Samtalene gikk fort og mange av disse ble notert mye stikkordsmessig. Disse notatene er skrevet ut i sin helhet i etterkant og det meste er oversatt fra dialekt til bokmål.

L: betyr legen og hva han/hun sier eller gjør

P: betyr pasient og hva han/hun sier eller gjør

.... Er brukt som tegn på stillhet

[...] tegn på ting som er utelatt pga utydelig dialog eller skrift ved transkribering.

Noen «eh....» er tatt med, men det meste som sies av usikkerhetsuttrykk er markert som

Kroppsholdning, blikk, klesdrakt o.l. er i liten grad tatt med fordi samtalen tok størstedelen av fokuset mitt.

Underveis i konsultasjonene der jeg opplevde noe usikkerhet hos legen så markerte jeg dette i teksten jeg skrev. Når jeg så gikk gjennom disse i etterkant kunne jeg analysere og tolke hver enkelt leges usikkerhet og føre dette inn i observasjonsskjemaet jeg hadde utarbeidet. Av dette fikk jeg dermed oversiktlige resultater som jeg lettere kunne tolke.

3. Resultater

Jeg observerte 10 pasienter hos hver av legene. I det følgende har jeg tatt for meg hver lege for seg og har lagd en tabell for hver lege med pasientenes kjønn, alder, fiktivt navn, kontaktårsak og om jeg opplevde usikkerhet under konsultasjonen. Alder er ikke eksakt på alle pasientene fordi jeg ikke har lest i journalen.

Jeg har kun kommentert de observasjonene der jeg opplevde usikkerhet hos legen, de andre observasjonene er ikke diskutert i denne oppgaven da de er utenfor min problemstilling.

3.1 Turnuslege Jorunn

Av Jorunns 10 pasienter hadde en av dem mer enn en ting vedkommende ønsket å ta opp. Ved fire av konsultasjonene opplevde jeg usikkerhet hos henne av forskjellig slag. Noen av møtene hadde flere typer usikkerhet. Fire av disse gjaldt usikkerhet om diagnose, en om prognose og en om behandling. For å løse denne usikkerheten bruker hun NEL to ganger, ringer kollega en gang, kontakter spesialist en gang, setter opp ny kontroll en gang, «venter og ser» og ber pasienten ta kontakt tre ganger, bruker andre undersøkelser to ganger og «annet» en gang ved at hun ber pasienten teste en medisin.

Pasient	Kjønn	Navn	Alder	Kontaktårsak	Usikkerhet
1	M	-	60	Årlig blodtrykkskontroll	Nei
2	K	Siri	30	Mb. Crohns	Ja
3	K	-	25	Forkjølelse	Nei
4	K	Hanna	69	Verk i armen. Prolaps i C7	Ja
5	K	-	25	Vondt i ryggen. Sliten	Nei
6	M	-	41	Forlenger sykemelding. Nakkesmerter	Nei
7	M	Bengt	40	Halsvondt. Langvarig lyskesmerter	Ja
8	M	Bård	18	Brystsmerter	Ja
9	K	-	40	Legeerklæring	Nei
10	M	-	25	Forlenger sykemelding. Nakkeproblemer	Nei

Siri har Mb Crohn og er nå hos legen fordi hun har hatt sterke magesmerter noen dager og trenger sykemelding. Ved undersøkelse av abdomen har hun lite og diffuse smerter og Jorunn kommenterer til meg etterpå at hun er usikker på om Siri virkelig har vondt i magen. Vel er det en realitet at hun har Crohns, men er usikker på smertene akkurat nå. Jorunn velger derfor å sykemelde henne noen få dager og ber henne ta ny kontakt med sin fastlege hvis det ikke skulle bli bedre. Altså er usikkerheten knyttet til diagnose og håndteringen av den er at pasienten tar evt ny kontakt med sin fastlege (altså en kollega).

Under denne konsultasjonen stiller Jorunn mange korte, raske spørsmål, eks:

L: Har du hatt magesmerter lenge?

P: Siden fredag. Kommer ca en halvtime etter mat. Har ikke sovet i natt, vondt på venstre side av magen.

L: Konstante? Tak?

P: Konstante, kan blir sterkere. Kan da ikke røre på meg

L: Ofte? Hver time?

P: Hver time

L: Varer?

P: 30 sek

L: Avføring? Vannlating?

P: Tregere avføring

L: Blod? Slim?

P: Slim

L: Tissing?

P: Ok

L: Feber?

I perioder kommenterer Jorunn lite underveis, bare skriver for seg selv. Hun har ingen oppsummeringer til pasienten. Jeg tolker dette som at hun er usikker.

Neste pasient er **Hanna** som har hatt vondt i armen i nesten 2 uker etter et «nesten-fall». Hun kan fortelle om utstrålende smerter i armen og bruk av smertestillende. Jorunn undersøker og er i grunn ikke i tvil om at hun finner et prolaps i nakken. Hun prater mye og er ivrig underveis. Bruker NEL til å slå opp for sikker nivådiagnostikk og ringer nevrokirurg for å sjekke ut om det er noe mer man gjør for sikker diagnostikk og rett behandling.

Bengt har flere ting han ønsket å ta opp med legen. En av tingene ble lagt direkte til fastlegen uten å bli sett på. Det andre var spørsmål om halsbetennelse som Jorunn raskt ikke var i tvil om var en forkjølelse, men hun ber han ta noen prøver på laben for å være helt sikker. Den siste saken han ønsket å ta opp var smerte i lysken som hadde vedvart i ca 2 måneder. Den hadde oppstått akutt i en fotballkamp og den siste tiden hadde han opplevd noe utstråling nedover foten ut mot huden. Jorunn undersøker og stiller igjen mange korte spørsmål som jeg tolker som usikkerhet. Hun konkluderer med til slutt at hun ikke aner hva dette er og sier til Bengt at han må ta tida til hjelp og bruke smertestillende ved behov. Hun er altså usikker på diagnose og prognose og løser dette med å be han komme tilbake hvis det ikke blir noe bedring eller ved forverring.

Fjerde pasient som Jorunn viser usikkerhet i forhold til er **Bård**, en ung mann med brystsmerter. Også her tolker jeg usikkerhet pga korte og mange spørsmål:

Her har de hatt en samtale i forkant

L: Gjort noe i forkant? Morra på lørdag? Kun på lørdag?

P: Hatt det en gang før også. Sist torsdag, da var det tungt å puste.

L: Tungt å puste nå?

P: Nei

L: Varte?

P: En time

L: Vondt å puste?

P: Ja, har astma også

L: Ledsagende smerte venstre arm?

P: Nei

L: Kald og klam?

Jorunn undersøker brystet og magen og lytter på lungene og stiller mange spørsmål. I perioder stiller hun mange spørsmål og i perioder blir hun stille og skriver. Hun sier ingenting om funn og hvilke

tanker hun gjør seg opp underveis. Hun sender pasienten ut for å ta EKG, og hun leter etter noe på pc'en, bruker NEL, så tar hun opp telefonen og ringer, men får ingen svar. Da går hun ut døra og henter Bård inn igjen før han rekker å ta EKG for å stille flere spørsmål om ting hun har glemt å spørre. Hun oppsummerer funnene med han og sender han ut på nytt. «Kanskje vi skal ta spirometri på han også» sier hun ut i rommet og bestiller dette.

Jorunn ringer kollegaen sin som er fastlegen til Bård. De diskuterer saken og fastlegen har noen nye innspill. Bård kommer tilbake og blir sendt ut igjen for nye spirometri med Ventolin. Imens diskuteres det mulige diagnoser og de blir enige om å teste ut medikament mot magesyre. I tillegg bes han om å komme tilbake hvis ingen bedring eller forverring og innkalles til ny time om 2 uker.

Her er altså usikkerheten om diagnosen. Måten Jorunn prøver å håndtere denne er å gjøre andre undersøkelser som EKG og spirometri, søke i NEL, ringer kollega, tester medisin, ny kontroll og at pasienten tar evt ny kontakt.

3.2 Erfaren lege Håkon

Jeg opplevde usikkerhet hos Håkon ved alle konsultasjonene jeg observerte. Han kjente mange av disse pasientene godt fra før og mange av dem hadde komplekse plager.

Noen av pasientene hadde flere plager de ønsket å snakke om. Jeg opplevde usikkerhet på forskjellige områder, seks om diagnose, tre om prognose, fire om behandling og en om årsak til sykdommen.

For å håndtere usikkerheten brukte han NEL en gang, spurte fysisk kollega en gang, kontaktet spesialist tre ganger, satte om ny time til kontroll fire ganger, en gang at pasienten selv skulle ta kontakt, en som jeg tolket som erfaringsbasert, tre blodprøver og to andre undersøkelser som var hemofec og streptest og en annet som var en «vente-å-se»-resept.

Pasient	Kjønn	Navn	Alder	Kontaktårsak	Usikkerhet
1	K	Gerd	60	Årskontroll diabetes	Ja
2	K	Åse	60	Forlenger sykemelding	Ja
3	K	Marit	55	Smerteproblematikk	Ja
4	M	Hans	60	Blodtrykks- og kolesterolkontroll	Ja
5	K	Else	70	Skjelving. Mageproblemer	Ja
6	M	Niklas	4	Langvarig feber	Ja
7	K	Ruth	92	Blodtrykkskontroll	Ja
8	K	Nina	25	Forlenger sykemelding. Hallux valgus op.	Ja
9	K	Inger	75	Hypoman. Bipolar lidelse	Ja
10	M	Even	2	Øyebetennelse	Ja

Gerd kommer til legen for årlig diabetes kontroll og alle tester blir utført uten noen anmerkninger.

Ved spørsmål om hun har vært hos øyelege kommer det fram at hun har hatt såre og rennende øyne siste måned. Håkon ser på henne og sier det ser rødt ut. «Tror jeg gir deg øyekatarr kur jeg». Han spør så meg som student og kollega om jeg har noen innspill. Jeg tolker dette som usikkerhet i forhold til diagnose og pga av erfaring med øyebetennelser gir han henne medisiner mot dette. Mot slutten av konsultasjonen under testing av sensibilitet og vibrasjonssans kommer det fram at Gerd har vært plaget med polyneuropati og bruker Neurontin. Håkon sier han er usikker på om hun trenger å bruke denne medisinen mer, men at han ikke var forberedt og skal sjekke dette om med spesialist og så gi henne beskjed.

Håkon snakker med utfyllende setninger og sier ifra når han er usikker på noe. I tillegg sier han litt «eh» og har litt pauser nå han tenker eller leter på pc etter svar.

L: Har du vært på diabetes kurs?

P: Ja en gang i tiden..

L: Det blir litt teknisk i dag pga dette diabeteskjemaet vi må fylle ut, men det er viktig at vi går gjennom dette. Det er for å utelukke senkomplikasjoner.....

P: Jeg går på Neurontin, har noe nervegreier.

L: Polyneuropati?

P: Ja

L: Synes det ikke virker sånn nå. Du har god følsomhet og vibrasjonssans.

Da skal vi sjekke det og kanskje du ikke trenger denne medisinen. Kan kanskje trappe ned, skal sjekke epikrisen.... eh..... blar på pc...

Jeg skal sjekke opp neurontin med epikriser og nevrolog og ringer deg

P: Enn urinen?

L: Bruker den i hovedsak til å sjekke nyrefunksjon og det ser bra ut

P: Enn skal jeg slutte med neurontinen?

L: «Nei, skal sjekke det opp og ringe deg. Var ikke helt forberedt»

P: Jeg er redd for smerter, har tidligere hatt smerter fra hodet og ned og redd for at disse kommer tilbake

L: Jeg skal sjekke ut og ringe deg så finner vi en god løsning.

Åse kommer for å forlenge sykemeldingen sin. De kjenner hverandre godt og har god kjemi. Åse går også til terapeut av en grunn jeg ikke vet og hun har en tilleggs sykdom som gjør det hele mer komplisert og Håkon var veldig usikker på hvordan det ville påvirke forløpet. Altså er usikkerheten rundt prognose på sykdommen og når hun var klar for å komme tilbake i arbeid. Håkon løser det med å sette henne på ny kontroll om to uker.

Tredje pasient har flere plager, men hovedproblemet denne dagen er **Marits** smerteproblematikk hun har hatt over mange år og stort forbruk av smertestillende medikamenter. Hun skal trappe ned men har en del unnskyldninger for ikke å gjøre det. Håkon spør grundig om antall tabletter pr dag og uttrykker tydelig at hun må trappe ned. Det er tydelig at hun synes dette er vanskelig. Så sier Håkon at han har prøvd å ringe en mann på smerteklinikken før hun kom men har ikke fått svar hos han. Jeg aner at han er usikker på smertebehandling og nedtrapping og vil ha en spesialist til å vurdere problematikken.

Hos **Hans** er Håkon usikker på hvilke medikament han skal legge til hos en med høyt blodtrykk som allerede står på blodtrykksmedisin. Han slår opp i NEL. Han er også usikker på bivirkningen av kolesterolmedisin og setter Hans opp til ny kontroll. Altså er usikkerheten rundt behandling og håndteringen er NEL og ny kontroll.

Håkon leser lenge i journalen før **Else** kommer inn. Hun har to plager hun ønsker å snakke om, skjelving som hun følges opp av nevrolog og magesmerter med vektnedgang som hun er bekymret for. Håkon forklarer hele tiden det han gjør og forteller han leste om bivirkningene på medisinen før Else kom inn. Han undersøker magen, rektaleksplorerer, tar hemofec og sender på henne på laben for diverse blodprøver. Han sier han tar kontakt med henne når prøvesvarene er kommet. Hun henvises til nevrolog for videre oppfølging av skjelvingen, men dette oppfatter jeg ikke som usikkerhet, men noe som er avtalt tidligere. Jeg oppfatter at Håkons usikkerhet dreier seg om vektnedgangen og slappheten hennes, han tar seg bedre tid rundt disse spørsmålene, flere undersøkelser og lengre samtale med henne, prater noe mer sakte og har mer pauser i samtalen.

Pasient nummer seks er **Niklas** som kommer sammen med pappaen sin. Han har hatt mageplager, hatt feber og vært snørrete over litt tid. Håkon undersøker klinisk, og finner røde tonsiller med hvite prikker på. Han tar en streptest på kontoret og sender gutten til laben for å ta crp og monospot. Jeg tolker det dithen at Håkon er usikker på diagnosen, men at han har mistanker i en bestemt retning og tar da disse spesifikke testene for enten avkrefte eller bekrefte.

Ruth er en eldre dame med vektnedgang uten opplagt fokus. Håkon tar da orienterende blodprøver i første omgang og setter henne opp på ny kontroll. Jeg tolker at han er usikker på diagnosen og årsaken til tilstanden.

Nina har hatt en operasjon i foten og har nå slått tåa på denne foten som hun har gips på. Hun har veldig vondt og lurer på om hun kan ha slått opp noe på den opererte tåa. Håkon undersøker og mener status ser grei ut. Han kan derimot ikke være sikker og ber henne komme tilbake dersom det ikke blir bedre eller at foten blir blå eller kald.

Inger er en dame opp årene som har en bipolar lidelse og er for tiden hypoman. Håkon har før konsultasjonen tatt kontakt med psykiater for å diskutere situasjonen og hvilken behandling hun skal

få. Hun får nå innsatt medisiner og skal komme tilbake etter 3 dager for å sjekke virkning og bivirkning. Altså usikker på prognose og løsningen er ny kontroll.

Siste pasient er lille **Even** med øyebetennelse. Håkon ber han skylle med saltvann til i morgen og gir han en «vente-og-se» resept til bruk dagen etter om det ikke er bedre. Tolker det som han er usikker på diagnosen, om det er en bakterie- eller virusinfeksjon.

For meg virker det tydelig at Håkon ikke liker usikkerhet. Han leser godt i journal før pasienten kommer inn og i tillegg sier han flere ganger høyt til pasientene at han ikke er sikker. Men til tross for det omgir han seg med trygghet og det virker som pasientene har tillit til han.

3.3 Erfaren lege Knut

Hos Knut opplevde jeg usikkerhet ved seks av pasientene. Det var tydelig at han kjente mange av disse pasientene godt fra før og noen hadde flere og komplekse plager.

Usikkerheten dreide seg tre ganger om diagnose, en om prognose, tre om behandling og en om årsak til sykdom. Måten Knut håndterte usikkerheten var tre henvisninger, to kontrolltimer, fire «vente-å-se», der pasient tar ny kontakt, en som jeg tolker er erfaringsbasert, en blodprøve, en spirometri og to andre som her var en gang bruk av felleskatalogen og tre ganger å teste ut medisin.

Pasient	Kjønn	Navn	Alder	Kontaktårsak	Usikkerhet
1	M	Kåre	70	Ryggsmerter. Lyskebrokk	Ja
2	M	Rune	25	Depresjon	Ja
3	K	-	20	Cytologi	Nei
4	K	-	50	Forlenger sykemelding	Nei
5	K	Turid	76	Skulderplager	Ja
6	M	Erik	40	Halsproblemer. INR	Ja
7	M	Trond	56	Utslett og kløe	Ja
8	K	-	18	Legeerklæring	Nei
9	M	-	60	Generell kontroll	Nei
10	K	Lena	22	Hoste	Ja

Første pasient er **Kåre**, en fascinerende mann som gjør at jeg blir dratt veldig med i historien og blir litt ukonsentrert i forhold til observasjon av legens vurderinger. Han har både dobbeltsidig lyskebrokk og vondt i ryggen. Knut og Kåre kjenner hverandre veldig godt fra før, det er en lystig tone og en del prat om private ting. Knut gjør ryggundersøkelse og sier han skal henvise han direkte for røntgen. I tillegg henvises han videre for oppfølging av lyskebrokkene. Jeg oppfatter at Knut er usikker på

diagnose på ryggen, om det er brudd eller ikke. Når det gjelder brokkene er han mer usikker på behandling, men ved begge tilfellene henviser han videre.

Rune sliter med depresjon og har nettopp startet på Cipralex. Han har nesten ikke sovet på tre døgn og mener selv det er medikamentutløst. Knut blir litt usikker på medikamentet og sier: «Ble usikker på den medisinen din da.... Opptatt av at du skal sove, ellers blir du dårligere....» Han gir tydelig uttrykk for usikkerheten sin:

L: Når fikk du Cipralex da? ... 10 mg samme dose?1 uke på 10 og 1 uke på 5?

P: Ja

(L: Søker på pc'en sin evt nettet.....)

L: Har det hatt noe effekt på humøret og angsten?

P: Merker ikke forskjell

L: For meg virker du mer avslappet nå, men er trøtt.... Og sovemedisiner oppå det her for å tukle mer med alt... Mulighet for antihistaminer da..... Usikker på hvordan jeg skal få deg til å sove.....

(L søker i Felleskatalogen) På søvn da.... 6 treff på søvn.....Bivirkning.... 6 dager før ny steady state.....

L snakker om at det er verst nå med bivirkninger.

.....Tror jeg vil motivere deg til å prøve å holde ut 1 uke til. Og få sovemidler på toppen.

Enn blodprøver da? (ser på pc'en) Litt lav på D-vitamin.....

P: Jeg tar D-vitaminer

(L skriver)

Har lyst til å gi deg Vallergan, gammel antihistamin. 1-3 tabl 1 time før leggetid, begynn med 1.

.....

L: Ringer deg på tirsdag og hører hvordan det går. Så legger vi planer for jula.

I og med det skjer så mye biologisk med kroppen din nå har jeg håp om positiv endring også.

Vi tar Vallergan på toppen og ha is i magen. Unngå å kjøre bil når du er søvnnig.

Og så tar du kontakt ved behov.....

Prøv deg litt fram med Vallergan, kanskje du skal ta to i dag.

Altså er usikkerheten på prognose og behandling og løsning er ny kontroll og ringer pasient for oppfølging. I tillegg bruker han Felleskatalogen for søking på bivirkninger, tester ut medisin og ber pasienten ta ny kontakt ved behov.

Turid har en skulder hun har vært plaget med over lang tid. Hun har tidligere fått kortisonsprøyter for dette og er nå kommet for å få enda ei. Knut vurderer fram og tilbake om hun skal få sprøyte eller ikke. Han sier det høyt at han er usikker og forteller om erfaring med slike sprøyter. Vurderer og snakker også høyt om andre behandlingsmuligheter og trekker sågar en av dem tilbake.

L: Du kan ta NSAIDs, en kort kur på 5-6 dager i stedet for sprøyter. Det har lignende effekt.

P: Huff – vet ikke. Har hatt god effekt av injeksjoner tidligere, men du bestemmer

L: Det er mest effekt av første injeksjon, så mye bedre blir du ikke nå...

(Skriver) Hvor lenge har du gått med dette?

P: Siden juli. Da kom det relativt akutt etter hardt arbeid og gressklipping. Har litt rusk der fra før, men det ble akutt forverring

L: Frista til å se.....om det skulle holde. Ikke lefsebaking og ikke rundvask. Og så avhenger litt av hvor mye du produserer i leddet. 76 år.... Enkelte dager NSAIDs, 20 mg, du må bruke en høyere dose enn normalt.

...neeeei..... synes vi skal vente litt med sprøyte. Du tar kontakt i januar. Gå gjerne i basseng og ikke provoser de vanskelige bevegelsene.

Knuts usikkerhet gjelder altså behandling og løsningen er «vente-å-se», Turid tar kontakt hvis tilstanden ikke bedres eller forverres. Det er også erfaringsbasert i forhold til å gi henne sprøyte eller ikke. Han henviser også til ortoped og tester ut NSAIDs.

Erik kommer med to ting han ønsker å snakke med legen om. Det ene er INR-sjekk og det er ingen usikkerhet rundt dette. Det andre er en vond hals som han er bekymret for, med ømhet i strupeområdet en måneds tid. Knut undersøker og spør, men kan ikke finne noe galt. Han ber Erik komme tilbake hvis det ikke blir noen bedring, så kan han evt da henvises videre til spesialist.

Jeg tolker det at han er usikker på diagnosen og løsningen er «vente-å-se» at Erik tar kontakt dersom ingen bedring eller ved forverring.

Pasient nummer fem er **Trond** som har fått utslett over hele kroppen som klør. Han har hatt en operasjon for ikke lenge siden og dette er kommet i etterkant av denne. Knut er ikke usikker på behandling av dette, men årsaken er uviss. Løsningen er og «vente-å-se», at Trond tar kontakt hvis forverring eller ikke bedring.

Siste pasient med usikkerhet rundt er **Lena**, ei ung jente med vedvarende hoste. Knut stiller mange spørsmål og tar en klinisk undersøkelse. Lena har vært plaget mer eller mindre ett års tid med hoste og har fått behandling for atypisk lungebetennelse og brukt Flutide med noe effekt. Hun har vært til behandling i en annen landsdel og Knut har ingen tidligere dokumentasjon på henne.

Det virker tydelig at han blir noe usikker på diagnosen for han stiller mange spørsmål og blir stille innimellom mens han skriver. Han drar på ordene, spesielt «neeeeeei».

Han løser dette med å la henne få ny resept på Flutide, tar noen blodprøver og spirometri på lab'en og at hun kommer tilbake om 2-3 uker etter oppstart av Flutide.

3.4 Sammendrag

3.4.1 Usikkerhet

<i>Type usikkerhet</i>	Jorunn	Håkon	Knut
Diagnose	4 (66,6%)	6 (42,9%)	3 (37,5%)
Prognose	1 (16,7%)	3 (21,4%)	1 (12,5%)
Behandling	1 (16,7%)	4 (28,6%)	3 (37,5%)
Årsaker til sykdom		1 (7,1%)	1 (12,5%)
Totalt	6 (100%)	14 (100%)	8 (100%)

Turnuslege Jorunn hadde bare 6 situasjoner der hun uttrykte usikkerhet, mens jeg observerte 14 hos Håkon og 8 hos Knut.

Når det gjelder type usikkerhet så har Jorunn en overveiende usikkerhet rundt diagnose, hele 66,6% og bare 16,7% usikkerhet på prognose og behandling.

Håkon har også en høy andel av usikkerhet rundt diagnose, 42,9%, men har også stor andel av usikkerhet på prognose (21,4%) og behandling (28,6%) og kun 7,1% usikkerhet rundt årsaker til sykdom.

Knut har like stor usikkerhet rundt diagnose og behandling (37,5%) og kun 12,5% usikkerhet rundt prognose og årsaker til sykdom.

3.4.2 Håndtering

<i>Håndtering</i>	Jorunn	Håkon	Knut
NEL	2 (18,2%)	1 (5,9%)	
Up to date			
Ringe til kollega	1 (9,1%)		
Fysisk til kollega		1 (5,9%)	
Kontakte spesialist	1 (9,1%)	3 (17,6%)	
Henvising			3 (18,8%)
Ny kontroll	1 (9,1%)	4 (23,5%)	2 (12,5%)
«Vente å se» Pasient tar kontakt	3 (27,2%)	1 (5,9%)	4 (25%)
Bruke statistikk			
Erfaringsbasert		1 (5,9%)	1 (6,2%)
Blodprøver		3 (17,6%)	1 (6,2%)

Andre undersøkelser	2 (18,2%) (EKG og spirometri)	2 (11,8%) (hemofec og streptest)	1 (6,2%) (spirometri)
Annet	1 (9,1%) (Teste medisin)	1 (5,9%) (Vente-å-se resept)	1 (6,2%) (Brukte felleskatalogen) 3 (18,8%) (Tester ut medisin)
Totalt	11 (100%)	17 (100%)	16 (100%)

Jorunn bruker NEL i hele 18,2% av tilfellene, Håkon i bare 5,9 % av tilfellene og Knut bruker ikke NEL i det hele tatt.

Når det gjelder å ringe kollega er det kun Jorunn som gjør det denne dagen.

Jorunn og Håkon tar kontakt med spesialist i hhv 9,1 % og 17,6 % av sakene. Knut henviser 18,8 % direkte. Jorunn løser ikke usikkerhet med erfaring eller blodprøver, men det gjør de erfarne legene i noe grad. Håkon bruker blodprøver i 17,6 % av tilfellene.

Håkon velger å sette opp pasientene til ny kontroll selv i større grad enn de to andre (23,5 % mot hhv 9,1 % og 12,5%), som heller velger i større grad å la pasientene ta kontakt selv (27,3 % og 25 % mot 5,9 %).

4. Diskusjon

Forskningsspørsmål jeg har jobbet ut i fra var: *«Er det forskjell på hvordan uerfarne og erfarne leger håndterer vitenskapelig usikkerhet? Har de forskjellige metoder for å komme seg nærmere en visshet?»*

I diskusjonsdelen skal jeg se på resultatene mine sammenlignet med funn i andre studier og litteratur på området. Jeg vil også vurdere på hvordan metoden jeg valgte hadde innvirkning på resultatene.

4.1 Resultatdiskusjon

Ut fra mine resultater ser det ut som turnuslegen har overveiende usikkerhet i forhold til diagnosen med hele 66,6%. Når det gjelder prognose og behandling er usikkerheten på 16,7% og ingen usikkerhet i forhold til årsaker til sykdom. De erfarne legene hadde også mest usikkerhet i forhold til diagnose hhv 42,9% og 37,5%, men deres usikkerhet var også mye bredere og omfavnet alle de andre kategoriene i større grad.

I tillegg hadde de erfarne legene mange flere situasjoner der de var usikre. Turnuslegen hadde 6 situasjoner mens de erfarne hadde 14 og 8. Turnuslegen virker mye mer sikker i sine funn og valg enn de erfarne legene. Hun hadde mer korte og konsise svar og uttrykte mindre usikkerhet. De erfarne legene ga mer uttrykk for sin usikkerhet ved å konkret si at de var usikre, si «ehhh...» og brukte lengre tid på hver sak. Jeg opplevde at de likevel hadde stor tillit hos sine pasienter.

Ekspert(er) (her: erfarne leger) har utviklet en automatisk tankemåte gjennom erfaring som er type skjemaer, tankesett, skript i hodet som de ikke kan forklare, som gjør at de bruker lite energi og kognitiv kapasitet på dagligdagse pasientproblemer. Når det dukker opp atypiske symptomer og tilstander vil eksperten sakke opp tempoet og stoppe litt opp og komme i en mer effektiv og analytisk modus. (Moulton, Regehr et al. 2007).

Det opplever jeg under mine observasjoner der de erfarne legene er usikre. De drar ut ordene, er stille eller undersøker litt ekstra, de sakker ned når de trenger det, der det dukker opp noe atypisk. Jeg tenker at det er derfor de klarer å se den større sammenhengen i mennesket fordi de opplagte diagnosene er automatisert hos eksperten, mens de vil reagere på det uventede.

Turnuslegen var mye mer konkret på den enkelte tilstanden pasienten kom med, men jeg opplevde de erfarne legene i større grad tok med hele mennesket. Nå var de erfarne legene fastleger og hadde god kjennskap til historiene til mange av pasientene. Bente Prytz Mjøstad har forsket på at legen kjenner pasientens livshistorie (Reymert and Mjølstad 2012). Livshistorien har mye å si for senere både psykisk og fysisk helse og dette er ofte personlige ting som man ikke får med seg i journalen. Jeg tenker at leger som da kjenner sine pasienter godt vil ha dette med i bakhodet når pasienten kommer med nye symptomer og vil ha mulighet til å se dette i et større bilde og vurderingene vil være bredere.

Jeg opplevde også at turnuslegen fikk lettere pasientproblematikk enn de erfarne legene. Det ser vi av at turnuslegen hadde bare i 4 konsultasjoner 6 situasjoner der hun var usikker. Av de 6 andre konsultasjonene hadde hun en legeerklæring, en forkjølelse, en enkel blodtrykkskontroll, to forlenginger av sykemelding om var helt opplagt. Den siste var en sak om dårlig kommunikasjon som jeg ikke skal diskutere i min oppgave.

Begge de erfarne legene hadde et bredt spekter av sykdommer og plager. Begge hadde forlenging av sykemelding og lege 2 skrev en legeerklæring, men generelt fikk de flere typer plager og gikk som tidligere nevnt mer inn i pasientens problem fordi flere av dem var godt kjent.

Dette kan også ha med at dette var observert en tilfeldig dag i året. Man kan vanskelig legge en dag til grunn for resultatet. På denne dagen kan det komme flere av en type pasienter for eksempel eller at det er tida på året der det er mye forkjølelse eller hoste.

Det at jeg brukte bare en turnuslege i min oppgave gjør det vanskelig å konstatere noe om resultatet fordi måten hun opptrådte på kan ha noe med hennes personlighet å gjøre og ikke bare om medisinsk utdanning. Det vil også i noe grad slå ut hos to erfarne legene også fordi de er så få, men nettopp fordi de er to kan man trekke noen linjer.

Jeg har ikke klart å finne lignende observasjonsstudier fra tidligere med fokus på usikkerhet i klinisk praksis, og dette er kanskje noe man kan lage til et større prosjekt. Usikkerhet er noe alle leger kjenner på og vil gjerne håndtere den på best mulig måte for å gi menneskene vi møter best mulig hjelp.

Vi kan trekke tråden tilbake til Light (Fox 1999) der han sier at usikkerheten til de nyutdannede medisinere ligger rundt kunnskapen. I dette studiet kan vi se at turnuslegen er mer usikker rundt diagnosen og i møtet med Bård holder hun alle muligheter åpne rundt differensialdiagnoser. Hun bruker NEL eller at pasienten tar kontakt hvis uteblitt bedring evt forverring for å håndtere denne usikkerheten

De erfarne legene er også mest usikre på diagnosen, men viser også mye usikkerhet rundt de andre kategoriene. De bruker NEL i mindre grad, men tar mer kontakt med spesialist, enten direkte eller som henvisning.

Dreyfus (Dreyfus 2004) har en fem-trinns inndeling på innlæring og kompetansetilegning. Det første trinnet er «novice» som har fått opplæring uten å sette det i en kontekst, som oppramsing av en sykdom. Det neste trinnet er «advanced beginner» som har fått utviklet sin kompetanse gjennom erfaring og reelle situasjoner. Trinn tre er «competence» der erfaringen er enda mer utviklet og man kan begynne å vurdere og sortere mer viktige og uviktige ting fra hverandre. Trinn fire er «proficiency» og man blir mer følelsesmessig involvert og vil gjøre erfaringer som er både positive og negative. Man får erfaringer med forskjellige situasjoner når man skal vurdere dem vil man ofte benytte seg av erfaringene som var positive. Siste trinn er «expertise» er eksperten har her stor evne til å skille den ene situasjonen fra den andre og benytte seg av forskjellig tilnærming og behandling. Denne utviklingen fra det ene trinnet til neste er ut fra Dreyfus bygget på erfaring, man må ha erfart mange situasjoner for å kunne få større kompetanse og for legene, å yte pasientene bedre behandling. Ut fra mine observasjoner kan man se at de erfarne legene er på et høyere trinn enn turnuslegen.

4.2 Metodediskusjon

4.2.1 Valg av metode

Ved å observere får man som tidligere sagt mulighet til å tolke både verbale og non-verbale utsagn. Problemet er at flere av disse situasjonene kan tolkes feil. Legen jeg observerer har ingen mulighet til å forsvare utsagn eller kroppsspråk og hva vedkommende egentlig mente. Fordelen er at ingenting blir

glemt eller man kan ikke lyve om hva man egentlig sa. Dette utenforstående perspektivet som jeg hadde vil gjøre at jeg legger merke til andre sider enn aktørene selv og få en større oversikt og helhet (Malterud 2011), men samtidig at deler av situasjonen kan misforståes enten ved at jeg oppfatter saken feil eller at jeg tillegger opplysninger annet meningsinnhold enn det var ment.

Mitt problem underveis var å få med alt i notatene. De feste av replikkene klarte jeg å notere ned, men pauser og luft i setningene var vanskelig å få med. Kroppsspråket hadde jeg knapt klart å få med meg. Både fordi det var så mye å notere bare med samtalen og mens jeg så ned skjedde mye av den non-verbale kommunikasjonen. Så av og til var det vanskelig å si noe om hva som kunne utløse og rette opp i en usikkerhet. Dette er en svakhet i oppgaven. Som Malterud sier er risikoen fokus og å drukne i uoversiktlige detaljer. (Malterud 2011) Jeg opplevde at det var vanskelig å holde fokus på legen hele tiden. Som medisinstudent var det lett å la seg rive med av en engasjerende pasienthistorie og spennende symptomer. Av og til mistet jeg fokuset helt og da var det vanskelig å hente seg inn igjen og få overblikk over hva som egentlig skjedde i situasjonen.

Fordelen med å være tilstede var at man kunne ane stemningen i rommet og føle på usikkerhet og ikke. Dette er så klart noe ullent, men som likevel vil være med i en tolkning av konsultasjonen. Alt dette hadde noe å si når jeg skulle skrive ut hele konsultasjonen i ettertid. Jeg hadde observasjoner tre dager på rad og rakk ikke å skrive ut alle med en gang så det trakk litt ut i tid. Dette påvirket nok de siste transkripsjonene der jeg nok hadde glemt en del av kontekst og følelse før jeg fikk skrevet dem ut.

Jeg vurderte å ta konsultasjonene opp på video, for å kunne spille dem av på nytt senere. Jeg valgte å ikke gjøre dette. Tenkte at videoopptak ville kunne bli omfattende å jobbe med i etterkant og at noen pasienter kunne bli annerledes når et kamera surrer og går. Det å ta noe opp og ikke vite med hundre prosent sikkerhet vite hvor opptaket blir gjort av etterpå tenker jeg skaper en usikkerhet hos pasienten. Det hadde så klart vært en fordel med opptak slik at jeg kunne gå tilbake for å tolke kroppsspråk og gå nøyere inn i detaljer i samtalen. Da kunne jeg lettere si noe om hvilke enkelttegn som utløste en type usikkerhet.

Nå har nok mitt nærvær også en påvirkning som tredjeperson i rommet. Jeg opplevde at som min rolle som medisinstudent var lett å akseptere og mange pasienter følte seg veldig fri og mente det var viktig at jeg også lærte. Malterud sier (Malterud 2011) at pasienten vil dele annen type kunnskap med en person vedkommende oppfatter som representant for helsevesenet enn en utenforstående og det var det jeg oppfattet i min situasjon.

Legene var nok også påvirket av mitt nærvær og alle disse tingene preget nok noe av konsultasjonene. Både lege og pasient kan enten holde tilbake informasjon eller si og gjøre ting som de tror jeg forventer av dem.

Alternativet kunne også vært å brukt spørreskjema i ettertid av observasjonsdagen for å utfylle det jeg hadde observert. Svakheten ved å observere bare ti konsultasjoner er at man ikke får en bred oversikt over hvordan legen handler. Jeg får bare et tverrsnitt der og da og det avhenger av både tid på året og kanskje hvilken dag det er i uka. Minuset ved et spørreskjema er at legen skal tolke seg selv og føringene er lagt av meg på forhånd. Ved observasjon ser jeg sider av legen som han ikke ser selv, så kanskje å bruke begge deler ville her vært en god løsning.

4.2.2 Utvalg og rekruttering

Målet var å sammenligne to erfarne og to turnusleger. Nå klarte jeg ikke å rekruttere mer enn en turnuslege, noe som gjør resultatene vanskelig å sammenligne. Jeg kunne nok gjort mer for å få tak i den siste, kanskje møtt opp personlig for å fortelle om prosjektet. Jeg vet legene har travle dager med mye nytt og det å skulle bli observert kan kanskje virke litt skremmende. Så det å kunne møtt noen personlig kunne nok vært lurt for å gjøre det litt lettere å gå inn i. Prosjektet i seg selv krevde ingenting av deltakeren, bare at den måtte være villig til å la seg bli studert.

De sammenligningene som er gjort blir derfor bare en antydning til hvilken retning resultatene kan peke.

Begge de erfarne legene er menn og turnuslegen er kvinne og det i seg selv kan gi forskjeller.

Det er også en forskjell på hvilke pasienter og problemstillinger fastlegene og turnuslegen får. Min erfaring fra denne dagen er at turnus ofte får litt enklere problemstillinger. Fastlegen kjenner ofte pasientens historie godt og kan ofte sette problemer i en større sammenheng og muligens fokusere på andre ting.

4.2.3 Observasjonssituasjonen

Jeg følte meg vel i observatørrollen. Det å sitte bak eller halvveis bak pasienten var som å fortelle at de ikke skulle bry seg så mye om meg. Det virket ikke som pasientene gjorde det heller. De tok meg som en medisinstudent og kunne gjerne henvende seg til meg hvis det var noe de ente jeg burde se eller vite noe om. Jeg følte ikke at jeg var til stort hinder i kommunikasjonen for pasientene. Så klart at noen var nok noe påvirket, men ikke i en slik grad at jeg observerte det som et stort hinder.

Jeg tolket det dithen at den ene erfarne legen og turnuslegen var noe påvirket av min tilstedeværelse.

Den ene virket noe usikker og forsiktig de første konsultasjonene og kastet en del blick til meg. Den andre kompenserte ved å prate veldig mye på starten av dagen. Hos begge roet det seg ned etter noen få pasienter og jeg tror nok ikke det påvirket min måte å observere deres usikkerhet på.

Den siste legen kjente jeg best og han virket ikke usikker for at jeg var der. Men han var tydelig observant på min tilstedeværelse og sendte blick og ville lære meg ting og viste meg underveis. Jeg

mener likevel at det ikke har noen påvirkning på min tolkning av hans usikkerhet i møtet med pasienten.

Det å holde konsentrasjonen oppe hele tiden er vanskelig. Jeg opplevde flere ganger at tankene fløy av sted og det var ikke alltid like lett å finne ut hvor jeg datt av lasset. I tillegg blir man som medisinstudent og i en lærings situasjon revet med av morsomme pasienter og symptomer og glemmer bort legen et øyeblikk. I den store sammenhengen tror jeg ikke dette hadde noe med min forståelse av legens usikkerhet å gjøre, men mange smådetaljer ble nok borte.

I tillegg var dette kun en dag i året og i desember og det hadde nok sitt å si for hvilke pasienter og problemstillinger dukket opp. Jeg tror at dette hadde mye å si for hvilke utslag jeg fikk på mine observasjoner. Det kunne kanskje vært en tanke å gjort observasjoner i to bolker med noen måneders mellomrom for å få flere typer pasienter og problemstillinger.

5. Konklusjon

Bakgrunnen for oppgaven var å se på usikkerhet hos allmennlegen og antakelsen min var at alle allmennleger opplever usikkerhet en eller flere ganger i løpet av arbeidsdagen.

I mitt prosjekt har jeg sett på vitenskapelig usikkerhet og jeg ønsket å se om erfarne leger har andre måter å håndtere denne usikkerheten på enn turnusleger. Formålet var å se om det noen metoder vi unge leger kan lære av de erfarne. Jeg har ikke klart å finne noen andre studier som har sett på akkurat dette.

Jeg har observert en turnuslege som var i allmennpraksis og to erfarne allmennleger med mer enn 15 års fartstid, 10 konsultasjoner hos hver av dem.

Dette er en liten oppgave og det er vanskelig å gjøre en god tolkning når jeg bare har en turnuslege og to allmennleger. I tillegg er det bare fra 10 konsultasjoner på en bestemt dag i året så bredden og variasjonen blir mindre.

Ut fra det jeg har funnet så kan det se ut som turnuslegens usikkerhet dreier seg mer om diagnose og det bygger opp under det Light har beskrevet (Fox 1999) om at medisinstudenter blir trent opp til usikkerhet rundt differensialdiagnoser og behandling. Turnuslegen håndterte usikkerheten mye med å bruke NEL mer som bygger konkret opp under dette med usikkerhet rundt kunnskap. I tillegg bruker hun mye dette at pasienten tar kontakt hvis symptomene ikke blir bedre evt. verre. Dette kan tolkes som at studentene blir lært opp til å være usikker pga medisins kompleksitet og det er mye man ikke vet.

Hos de erfarne legene er også usikkerheten rundt diagnosen størst, men mine observasjoner tolker at de opplever mer usikkerhet også rundt prognose, behandling og årsak til sykdom. Ut i fra resultatene i tolkning av Light har de erfarne legene mer trygghet og kontroll over usikkerheten sin. De tør å være usikre og usikkerheten gjelder større område enn kunnskapen, de ser mer hele mennesket. De erfarne legene bruker et bredere spekter for å kontrollere usikkerheten sin. Om dette kommer fra personlig utvikling eller paradigme er vanskelig å si ut i fra min studie.

I tillegg har de erfarne legene utviklet en rutine på dagligdagse pasientproblemer som de bruker lite energi på. Når det dukker opp atypiske symptomer og tilstander har de større evne til å stoppe opp og sakke ned tempoet for å få tak i hva dette egentlig er. Derfor er de i større stand til å se hele mennesket og ikke bare de enkelte symptomene.

Dreyfus har i sin fem-trinn modell på utvikling av kompetanse fra novise til ekspert sett at erfaring i de enkelte situasjonene er viktig for å kunne ta de rette vurderingene. Medisinstudenter må møte situasjoner mange ganger for å utvikle sin kompetanse. De må ha mulighet for å utvikle sin kliniske ferdighet gjennom studiet sånn at de bedre rustet til å møte pasienter med forskjellig behov når de starter i arbeidslivet. Det at studentene blir flinkere til å sortere viktig ting fra uviktige og skape seg erfaringer gjennom studiet gjør at de starter på et høyere trinn i Dreyfus' modell i turnustiden. Dette vil medføre tryggere turnusleger og bedre pasientbehandling.

Ny studieplan fra 2012 på profesjonsstudiet medisin ved UiT (Studieplanutvalget 2014) har tatt inn blant annet mer casebasert undervisning fra 1. studieår, mer trening i kommunikasjon, mer jobbing i smågrupper med tilbakemeldinger der studentene føler seg usikre og mer undervisning som tar utgangspunkt i symptom og ikke diagnose. Dette mener jeg er den rette veien å gå for at studentene skal få erfaring og kunne ta flere selvstendige valg og vurderinger tidligere kanskje være på et høyere trinn i utviklingen allerede i turnustiden.

Det jeg mener at turnuslegene kan lære av de erfarne at de skal tørre å være usikre, tørre å bruke litt lang tid, tørre å se hele mennesket. Det kan de klare om de for eksempel er på trinn tre etter Dreyfus' inndeling etter endt studie. Den nye studieplanen bygger opp under dette.

Når det gjelder praktisk syntese (Hovdenak and Risør 2015) mener jeg at både nyutdannede og erfarne leger har dette med seg i bagasjen og som man nødvendigvis ikke lærer mer etter hvert. De som har jobbet en del år har nok mye av dette i ryggmargen og sper på med masse erfaring. Erfaring er noe vi ikke kan lære men erfare i møte med mange pasienter og caser. Så med mye klinikk og mange pasientcaser i utdanningen kan nyutdannede være kommet lenger erfaringsmessig som turnusleger og kan gjøre større helhetlige vurderinger.

Vedlegg

Til turnuslege ved legekantor

Observasjon av konsultasjoner

Jeg er 5.års medisinstudent og skal skrive en oppgave som innebærer observasjoner av konsultasjoner og henvender meg til deg for å spørre om jeg kan observere deg en dag.

Oppgaven min går ut på å observere usikkerhet hos leger. Usikkerhet er noe alle leger vil møte på i sin praksis, i større eller mindre grad. Det finnes mange typer usikkerhet, og jeg skal se på den vitenskapelige usikkerheten som går direkte på sykdommen pasienten kommer med. Dette dreier seg om diagnose, behandling, årsaker og prognose.

Jeg ønsker å se om det er noen forskjell mellom turnusleger og erfarne leger når det gjelder måten man løser usikkerheten på. Hvilke metoder brukes det for å komme ut av usikkerheten og er det en forskjell. Det er interessant å se om man angriper dette på en annen måte når man er blitt mer erfaren.

Jeg vil observere og skrive notater underveis og kanskje stille deg spørsmål mellom konsultasjonene om det finnes tid. Det blir ikke gjort lyd- eller videoopptak. Ingen navn vil brukes i oppgaven.

Jeg tror allmennlegen gjennom daglig praksis utvikler grep og verktøy til å håndtere situasjoner utenfor det trygge spektrum av kjente medisinske problemstillinger. Kanskje det er erfaring som det går an å beskrive og lære av?

Jeg ønsker å utføre denne observasjonen så snart som mulig og håper du har lyst og mulighet til å hjelpe meg med dette.

Ta kontakt snarest på sms/tlf eller epost.

Mvh

Iren Syversen

Referanseliste

Aarnes, J. F. (2015). "Eksakte vitenskaper." Store norske leksikon. from https://snl.no/eksakte_vitenskaper.

Dreyfus, S. E. (2004). "The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition." Bulletin of Science, Technology & Society **24**(3): 177-181.

Fox, R. (1999). Medical uncertainty revisited. The handbook of social studies in health and medicine. G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick and S. C. Scrimshaw. London SAGE: s. 409-425

Gerrity, M. S. E., Jo Anne L. DeVellis, Robert F. Light, Donald W. (1992). "Uncertainty and professional work ; perceptions of physicians in clinical practice." American journal of sociology **97**(4): 1022-1051.

Han, P. (2011). "Varieties of uncertainty in health care ; a conceptual taxonomy." Medical Decision Making **31**: 828-838.

Hovdenak, S. S. and T. Risør (2015). "Profesjonalitet i legeutdanningen: Om kunnskapskoder, praktiske synteser og koherens – en analyse av studieplanen for profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet." Uniped **8**(03).

Jacobsen, D. I. (2010). Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene. Kristiansand, Høyskoleforl.

Kåss, E. (2015). "Prognose." Store medisinske leksikon. from <https://sml.snl.no/prognose>.

Malterud, K. (2011). Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring. Oslo, Universitetsforl.

Moulton, E. C.-A., et al. (2007). "Slowing Down When You Should: A New Model of Expert Judgment." Academic Medicine **82**(10 Suppl): S109-S116.

O`Riordan, M., et al. (2011). "Dealing with uncertainty in general practice : an essential skill for the general practitioner." Quality in primary care(19): 175-181.

ProsjektNorge (2016, 19.05.2016). "Usikkerhet - uncertainty." from <http://www.prosjektnorge.no/?special=wiki&w=Usikkerhet++Uncertainty>.

Reymert, J. and B. P. Mjølstad (2012). "Bakgårdsforskeren." Tidsskrift for den norske legeforening.

Rørtveit, G. S., R (2001). "Risiko, usikkerhet og uvitenhet i medisinen." Tidsskrift for den norske legeforening **11**(121): 1382-1386.

Studieplanutvalget, f. p. i. m. (2014). Profesjonsstudiet i medisin ; 2012-studieplanen. Tromsø, Universitetet i Tromsø ; Det helsevitenskapelige fakultet.

Thagaard, T. (2013). Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode. Bergen, Fagbokforl.

Uncertain (2016). Merriam-Webster's Learners Dictionary.