

Marie Kaltenborn Nyquist
Karina Ellingsen Walderhaug

Strategier for felles forståelse

En studie av fastlegers møte med pasienters forventninger knyttet til bildediagnostikk

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i medisin

Veileder: Bente Prytz Mjølstad

Juni 2020



Marie Kaltenborn Nyquist
Karina Ellingsen Walderhaug

Strategier for felles forståelse

En studie av fastlegers møte med pasienters forventninger knyttet til bildediagnostikk

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i medisin
Veileder: Bente Prytz Mjølstad
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Forord

I hovedoppgaven vår har vi valgt å utføre en kvalitativ studie for å identifisere strategier fastleger bruker for å unngå overutredning med bildediagnostikk.

Den siste tiden har det vært særlig fokus på å unngå overforbruk av helsetjenester. Det er iverksatt kampanjer over hele verden for å øke både pasienter og legers bevissthet rundt dette. Vi antar at det i mange sammenhenger kan være utfordrende for legene å gjøre det de tror er best for å unngå overutredning. Hvordan kan de komme til felles forståelse med pasientene om å avstå fra bildeundersøkelser når dette ikke er medisinsk indisert? I hovedoppgaven vår har vi undersøkt nettopp dette, og denne rapporten er en sammenfatning av våre funn.

Vi ønsker å takke veilederen vår Bente Prytz Mjølstad, spesialist og førsteamanuensis i allmennmedisin ved NTNU. Tusen takk for nyttige tilbakemeldinger, gode råd og oppmuntring på veien.

En stor takk rettes også til legene og pasientene som stilte opp og bidro til studien.

Trondheim, mai 2020

Karina Ellingsen Walderhaug

Marie Kaltenborn Nyquist

Sammendrag

Bakgrunn

Overforbruk av helsetjenester har blitt satt på dagsorden på verdensbasis. Særlig innen bildediagnostikk har utviklingen vært stor og vår antagelse er at fastlegene innenfor dette området møter tanker, forventninger og kanskje til og med krav fra pasienter om å bli henvist. Portvokterrollen kan oppleves utfordrende for legene, og det mangler forskning om hvordan legen best kan bidra til at pasienten slår seg til ro med å avstå fra unødvendige radiologiske undersøkelser. Økt kunnskap om kommunikasjonsstrategier som fremmer samarbeid og forståelse mellom lege og pasient, vil dermed kunne være et bidrag til målet om reduksjon av unødvendige bildeundersøkelser. Vi ønsket å undersøke hvordan fastleger møter – og håndterer - pasienter som har forventninger om bildediagnostikk som ikke er strengt medisinsk indisert. Hovedformålet var å identifisere ulike strategier fastlegene bruker i møte med slike pasienter, og å undersøke hvordan pasientene opplever fastlegens strategier.

Metode

Vi har utført en kvalitativ observasjons- og intervjustudie. Ni fastleger fra to ulike legekantor i to norske storbyer deltok. Vi observerte konsultasjoner med 24 pasienter, og intervjuet pasientene og legene i etterkant av konsultasjonene. 12 av konsultasjonene ble vurdert som særlig egnet til å studere fastlegenes strategier og ble derfor utvalgt til en grundigere analyse.

Resultater

I studien identifiserte vi 8 ulike strategier som ble kombinert av legene på ulike måter. Strategiene var *a) Vent og se, b) Å gi avslag, c) Forklare diagnostisk tankegang, d) Foreslå et alternativ, e) Å rådføre seg, f) Partnerskap og samvalg, g) Vise til faglige autoriteter, h) Trygging, normalisering og anerkjennelse*. I tillegg så vi at faktorer knyttet til et langvarig forhold mellom lege og pasient tilsynelatende påvirket både kommunikasjonen og opplevelsen av konsultasjonen for begge parter. Tre faktorer pekte seg ut: Pasienten hadde bygget opp tillit til legen, legen kjente sykehistorien til pasienten og legen kjente pasienten som person. Pasientene ga som hovedregel inntrykk av å være tilfredse med konsultasjonene.

Konklusjon

Fastleger kombinerer stort sett en rekke ulike strategier i møte med pasienters forventning om bildeundersøkelser som ikke er strengt medisinsk indisert. Vi har også sett at kontinuitet i lege-pasient-forholdet kan påvirke legens og pasientens oppfatning av konsultasjonen og utfallet av den og ser ut til å bidra til at felles forståelse oppstår.

English abstract

Background

Medical overuse has been put on the agenda worldwide. Especially in diagnostic imaging the development has been significant, and our assumption is that general practitioners (GPs) often encounter thoughts, expectations and perhaps even demands from patients to be referred. It can be difficult for the GPs to perform the role as gatekeeper, and research is lacking on how the GP best can help the patient settle down and refrain from unnecessary radiological examinations. Increased knowledge of communication strategies that foster collaboration and understanding between physician and patient may thus contribute to the goal of reducing unnecessary imaging. We wanted to explore how GPs meet - and handle - patients who have expectations for imaging that is not strictly medically indicated. The main purpose of this study is to identify various strategies that GPs use when encountering such patients, and to explore how patients experience their GP's strategies.

Methods

We conducted a qualitative observation and interview study. Nine GPs from two different GP offices in two Norwegian metropolitan areas participated. We observed consultations with 24 patients and interviewed the patients and doctors after the consultations. 12 of the consultations were considered particularly suitable for studying the GPs' strategies and were therefore selected for a more thorough analysis.

Results

In the study, we identified 8 different strategies that were combined by physicians in different ways. The strategies were *a) Watchful waiting, b) Rejection, c) Explain diagnostic thinking, d) Suggest an alternative, e) Consult, f) Partnership and shared decision making, g) Refer to professional authorities, h) Reassurance, normalisation and recognition*. In addition to this, we found that factors related to a long-term relationship between doctor and patient apparently influenced both the communication and the experience of the consultation for both parties. Three important factors were evident: The patient had built up trust in the doctor, the doctor knew the patient's medical history and the doctor knew the patient as a person. The patients appeared generally satisfied with the consultations and the GPs decisions.

Conclusion

General practitioners largely combine a variety of strategies when meeting patients' expectations for diagnostic imaging that is not strictly medically indicated. We have also seen

that continuity of the physician-patient relationship over time may affect the physician's and patient's perception of the consultation and outcome and appears to contribute to a common understanding.

Innhold

Forord	1
Sammendrag	2
English abstract	3
Bakgrunn	6
Overforbruk av helsetjenester	6
Overutredning med bildediagnostikk	9
Tiltak mot overforbruk av helsetjenester.....	14
Problemformulering	15
Materiale og metode.....	17
Studiedesign	17
Legekantor og deltagere.....	17
Pasientoversikt	18
Resultater.....	23
Strategier	23
Pasientperspektivet og betydningen av lege-pasient-forholdet.....	31
Diskusjon.....	37
Hovedfunn.....	37
Resultatdiskusjon	37
Metodediskusjon	48
Konklusjon	51
Referanser.....	52
Vedlegg	58
Vedlegg 1 - fremleggsvurdering fra REK.....	58
Vedlegg 2 - observasjonsmal	59
Vedlegg 3 - intervjuguider	60
Vedlegg 4 – informasjon og samtykkeerklæring	62

Bakgrunn

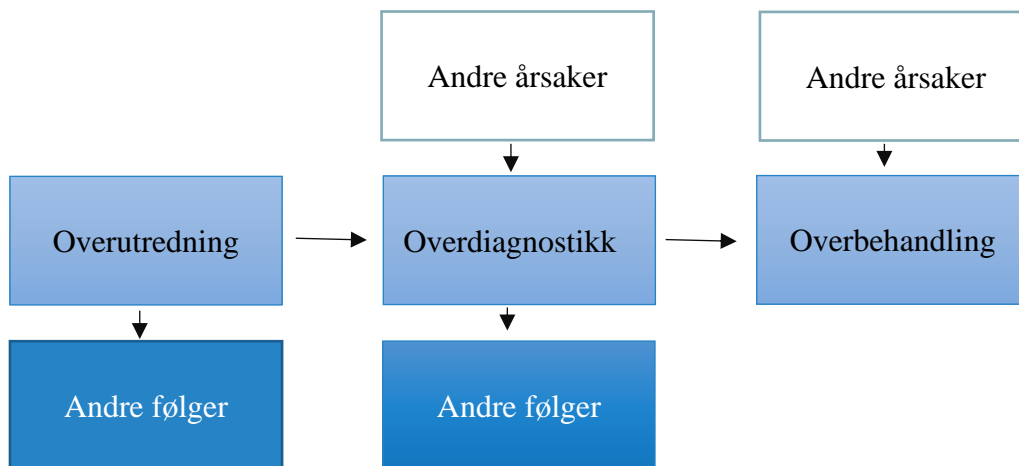
Overforbruk av helsetjenester

Primum non nocere – først og fremst ikke skade – stammer fra Hippokrates og er et av de eldste etiske prinsipper i medisinen. Prinsippet har fått økende aktualitet de siste tiårene i takt med den økende bevisstheten rundt betydningen av å unngå medisinsk overaktivitet. Begrepet “overdiagnostikk” kan ifølge Brodersen (1) spores tilbake til 1955 (2). Det er likevel særlig etter årtusenskiftet at problemet har fått vid oppmerksomhet, etter at anerkjente medisinske tidsskrift satte søkelys på problemet i en rekke artikler. To eksempler på dette er «Too much medicine» i the BMJ (3) og «Less is more» i Journal of the American Medical Association (JAMA) (4).

Også i Norge har fokuset på overdiagnostikk økt de siste årene (5). I 2015 satt Legeforeningen ned en arbeidsgruppe som skulle komme med innspill til sentralstyret om over- og underdiagnostikk, over- og underbehandling og variasjon i helsetjenesten. Arbeidet resulterte i en rapport lansert i oktober 2016, som fikk navnet *For mye, for lite eller akkurat passe? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten* (6). Bakgrunnen for arbeidet var blant annet dokumentasjon fra Helseatlasene som tydet på at det fantes store geografiske variasjoner i bruk av helsetjenester. Vi har valgt å forholde oss til definisjoner brukt i rapporten, som igjen er inspirert av Carter et al. (7). *Overforbruk av helsetjenester* brukes her som et paraplybegrep som omfatter overutredning, -diagnostikk og -behandling.

Overutredning kan defineres som diagnostikk eller henvisninger som rimelig sikkert ikke vil gi betydningsfull informasjon. *Overdiagnostikk* kan brukes om tilfeller der pasienter diagnostiseres med en sykdom som aldri vil gi symptomer eller føre til død. Brodersen (1) understreker at begrepet overdiagnostikk ikke omfatter falsk positive resultater eller feildiagnostikk. *Overbehandling* kan defineres som behandling som ikke gir nytte eller fører til mer skade enn nytte. Overutredning kan øke risikoen for overdiagnostikk (1).

Hovedproblemet med overdiagnostikk er igjen at det kan føre til overbehandling (8), men disse henger ikke nødvendigvis sammen (1) (Figur 1).

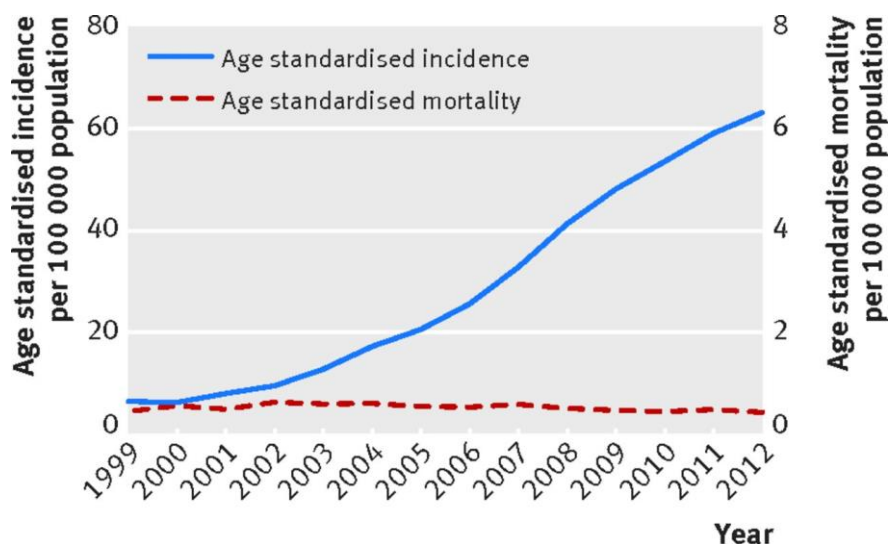


Figur 1 - Eksempel på sammenheng mellom overretredning, overdiagnostikk og overbehandling

Medisinske undersøkelser kan i seg selv innebære en risiko for pasienten, som for eksempel stråleskader etter røntgenundersøkelser eller infeksjon etter en prostatabiopsi. I tillegg kan det tenkes at pasienten får unødige bekymringer i påvente av nye undersøkelser. Å få en diagnose kan også føre til psykologisk byrde og atferdsendring (9). Unødvendige undersøkelser er dårlig prioritering av samfunnets ressurser. Der overdiagnostikk fører til overbehandling, kan også behandlingen ha negative konsekvenser i form av for eksempel bivirkninger eller komplikasjoner.

Brodersen (1) peker på to hovedårsaker til overdiagnostikk. *Overdeteksjon* innebærer identifisering av abnormiteter som ikke vil gi symptomer eller skade, mens *overdefinisjon av sykdom* vil si at terskelen for en risikofaktor senkes på svakt grunnlag, eller at sykdomsbegrepet utvides til å omfatte pasienter med uklare eller svært milde symptomer.

Internasjonalt har Sør-Koreas screeningprogram for kreft i skjoldbruskkjertelen blitt brukt som eksempel på overdeteksjon (1). Fra 1999 til 2008 økte insidensen 6,4 ganger, men 94,4 % av økningen bestod av små tumorer under 20 mm som ble oppdaget gjennom screeningprogrammet, og dødeligheten endret seg ikke vesentlig (10) (Figur 2).



Figur 2 - utvikling av insidens og mortalitet fra thyroideacancer i Sør-Korea i perioden 1999-2012. Hentet fra Park et al. (10)

I Norge diskuteres nå eventuell overdiagnostikk i mammografiscreeningprogrammet. Programmet innebærer at det gjøres røntgenundersøkelse av brystene til alle kvinner i aldersgruppen 50 til 69 år annethvert år (11). Etter å ha evaluert programmet estimerte Forskningsrådet i 2015 at per kvinne man redder fra å dø av brystkreft, blir fem overdiagnostisert (12). Masseundersøkelser for prostatakrefte med prostataspesifikt antigen (PSA) er også gjenstand for diskusjon. Helsedirektoratet anbefaler ikke at det innføres et organisert screeningprogram for prostatakrefte, og understreker at pasienten skal informeres om fordeler og ulemper før det eventuelt måles PSA ved en generell helsesjekk. Dette begrunnes i at det foregår en betydelig overdiagnostikk og overbehandling (13).

Det er identifisert flere drivere for overforbruk i tidligere nevnte rapport *For mye, for lite eller akkurat passe? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten* (6). Blant annet er det en hyppig forekommende forestilling i befolkningen om at mer helsetjenester er bedre. Det samme gjelder tanken om at *tidlig* diagnostikk alltid er bedre. Villscreening på basis av legen eller pasientens ønske er også en driver for overforbruk. I tillegg kan flere forhold knyttet til legen bidra, som frykten for å ikke oppdage alvorlig sykdom og dermed få kritikk eller oppleve sanksjoner for å ha gjort for lite.

Den store utviklingen innenfor diagnostisk teknologi kan være en driver i seg selv. Her er bildediagnostikk et viktig eksempel. Selv om utviklingen på dette området har ført til store fremskritt innenfor diagnostikk, kan det forekomme usikre eller tilfeldige funn som fører til videre undersøkelser og nye kontroller (6).

Overdiagnostikk kan også virke selvforsterkende fordi pasienter som opplever å ha blitt reddet fra sin tilstand, selv om denne aldri ville gitt symptomer, oppmuntrer sin omgangskrets til å teste seg (9).

Kvartærforebygging

Forebygging er en viktig oppgave for helsevesenet. Ofte deles forebygging inn i tre former: Primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Disse tre begrepene har vært anvendt ulikt i ulike miljøer (14), men i *Medisinsk Ordbok* (15) defineres de slik: Primærforebygging er «tiltak for å forhindre at skade eller sykdom oppstår». Sekundærforebygging er «tiltak for å avdekke sykdom eller sykdomsrisiko før det oppstår symptomer» mens tertiærforebygging er «tiltak for å hindre at følgene av sykdom og funksjonshemming medfører unødvendige plager».

I noen miljøer har det blitt tatt til orde for å introdusere kvartærforebygging som en fjerde form for preventiv medisin (16;17). Begrepet kvartærforebygging ble introdusert i 1986 av den belgiske allmennlegen Marc Jamouille (18), og ble i 2003 inkludert i World Organization of Family Doctors sin ordbok for allmennmedisin (19) med følgende definisjon: «Action taken to identify patient at risk of overmedicalisation, to protect him from new medical invasion, and to suggest to him interventions, which are ethically acceptable.”. Målgruppen for kvartærforebygging var hovedsakelig tenkt å være mennesker som følte seg syke uten å ha noen biomedisinsk påvisbar sykdom. Dette omfatter personer med symptomer uten påvisbar årsak og personer som ønsker hyppige helsekontroller på basis av bekymring for egen helse (8).

Overutredning med bildediagnostikk

Overutredning ved bruk av radiologiske undersøkelser er et anerkjent problem.

Bildeundersøkelser av muskel- og skjelettlidelser er et spesielt utfordrende område (20). I 2014 kom Helsedirektoratet med nasjonale retningslinjer for bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser, tiltenkt primærhelsetjenesten (21). I disse legges det vekt på at man skal vurdere om undersøkelsen kan gi ny informasjon som fører til klinisk relevante endringer i behandlingen, før man henviser. Det tilrådes at man drøfter nytteverdien av undersøkelsen sammen med pasienten. I en norsk kvalitativ studie fra 2018 (22) undersøkte man hvilke faktorer fastleger og radiologer mente hindret eller bidro til at retningslinjene ble fulgt. Studien identifiserte også legenes syn på hva som førte til henvisning til, og gjennomføring av unødvendige bildeundersøkelser. Under sistnevnte kategori fant man

blant annet usikkerhet rundt indikasjon, tidspress og økte krav om å sikre diagnoser og utelukke alvorlig sykdom.

Vi vet fra klinisk praksis at pasienter ofte har stor tro på betydningen av bildeundersøkelser, og fastlegen møter gjerne uttalte forventninger om henvisning til slike undersøkelser. I en studie av pasienter med degenerative forandringer i cervicalcolumna ville 47% la seg operere dersom det var funn på MR-undersøkelsen, selv om de hadde få eller ingen symptomer (23). I samme studie svarte rundt to tredjedeler at de trodde MR var viktigere enn anamnese og klinisk undersøkelse for å avgjøre om kirurgi var indisert.

Ifølge Riksrevisjonens undersøkelse (20) økte bruken av polikliniske bildeundersøkelser med 6 % i perioden 2012-2015. Det er hovedsakelig bruk av CT og MR som øker. Noe av økningen kan skyldes en dreining fra inneliggende til poliklinisk behandling, eller at pasienter i større grad får utført CT- eller MR-undersøkelser enn undersøkelser med konvensjonell røntgen. Summen av utbetalte refusjoner for polikliniske bildediagnostiske undersøkelser har i samme periode hatt en vekst på 32 %. Pasienttallet har holdt seg stabilt, og økningen skyldes trolig flere og mer kompliserte undersøkelser per pasient. Det er store variasjoner i forbruket av polikliniske CT- og MR-undersøkelser. Dette kan tyde på at det foreligger enten over- eller underforbruk av undersøkelsene i ulike landsdeler.

Det utføres MR-undersøkelser av kne på 75 000 pasienter årlig, estimert å utgjøre tre fjerdedeler av alle som oppsøker lege på grunn av kneplager (20). Selv om MR er en god undersøkelse ved diagnostikk av skade på menisk og fremre korsbånd, mangler det dokumentasjon på nytten av MR-undersøkelser blant annet i utredning av kroniske kneplager (20).

Samtidig har artroskopiske operasjoner ved degenerative kneplager vært hyppig utført, men med stor geografisk variasjon innad i landet (24). I 2013 viste en finsk studie at placebooperasjoner ga like godt resultat som menisckirurgi (25). En systematisk gjennomgang og metaanalyse publisert i BMJ i 2015 (26) konkluderte deretter med at det ikke var forsvarlig med det store omfanget artroskopisk kirurgi som ble utført ved degenerative kneplager hos middelaldrende og eldre personer. En norsk randomisert kontrollert studie (RCT) i 2016 som sammenlignet artroskopisk partiell menisckektomi med 12 ukers supervisert treningsterapi, fant heller ingen signifikant forskjell på de to gruppene etter to år (27). Internasjonale retningslinjer anbefaler nå sterkt konservativ behandling til nesten alle

pasienter med degenerative knelidelser (28). Data fra Helseatlasen i ortopedi viser at antallet artroskopier ved degenerative knelidelser hos pasienter over 50 år ble halvert i perioden 2012-2016, antagelig som følge av endret kunnskapsstatus, men at man per 2016 fortsatt lå på et uforholdsmessig høyt nivå (24).

Fastlegens rolle

Fastlegeordningen

Etter en treårig forsøksordning vedtok Stortinget i 1997 å innføre en fastlegeordning i Norge, og den ble implementert i 2001. Ifølge fastlegeforskriften (29) er formålet med fastlegeordningen å sikre at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege og nødvendige, gode allmennlegetjenester til rett tid. Fastlegen har ansvar for å utføre allmennlegeoppgaver overfor alle pasientene på sin liste. I EY og Vista Analyse sin evaluering av fastlegeordningen i 2019 oppsummeres hensikten til ordningen med at man ønsket å legge til rette for trygghet, kontinuitet i lege-pasient-forholdet, tilgjengelighet og kvalitet (30). Det er vist at pasienter drar fordel av å ha kontinuitet i legeoppfølgingen i både primær- og spesialisthelsetjenesten over tid. En systematisk gjennomgang publisert i BMJ (31) viser at økt kontinuitet i legeoppfølging er assosiert med lavere dødelighet hos pasientene.

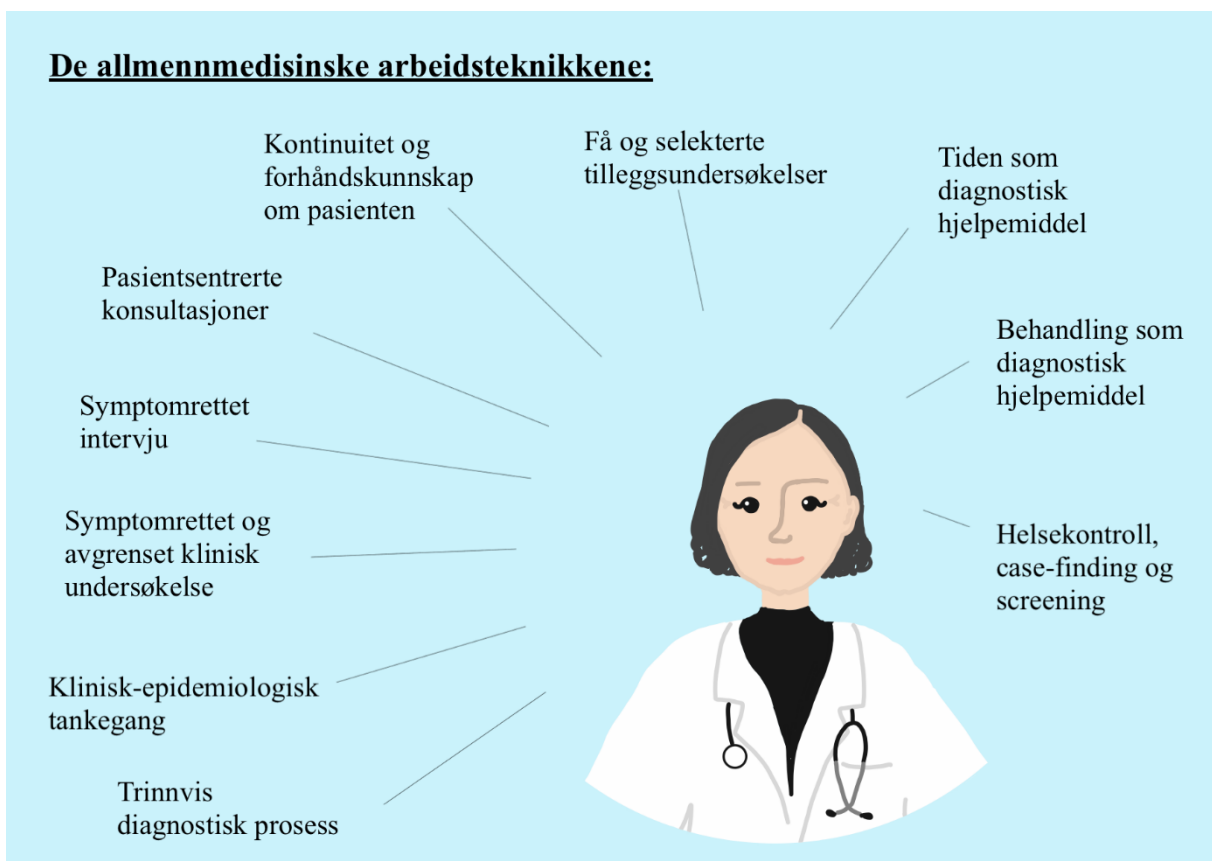
Helsedirektoratets fastlegestatistikk viser at det i 2018 var 4814 fastlegepraksiser/hjemler (med fast tilknyttet lege). Til sammenligning var det 4668 fastlegehjemler i 2016. Utviklingen har fulgt befolkningsveksten i perioden (32). Andel fastleger som er spesialist i allmennmedisin var i desember 2018 64,5 % (33). Gjennomsnittlig listelengde gikk ned fra en topp på 1200 pasienter i 2005 til 1100 i 2018, og var da nær det laveste som har vært registrert (32).

Allmennmedisinens særegenhet

Ifølge boken *Allmennmedisin* (34), kjennetegnes arbeidet i allmennpraksis av pasienter med tidlige og uspesifikke tegn til sykdom. Legene har begrenset med tid og utstyr, og kan mangle kunnskap og erfaring innenfor spesialfelt. Allmennmedisin som fag kjennetegnes av en åpen, tilgjengelig, usortert praksis som er i førstelinjen i møte med pasienter. Det er et stort spenn i problemstillinger; fra hverdagsplager til livstruende tilstander. Pasientene følges over tid og legene ser pasientene i et livsløpsperspektiv. En viktig del av faget er også oppfølging av kronisk syke pasienter, og det er ofte behov for å se hvert enkelt problem i en større sammenheng.

Allmennlegene skal først og fremst ha bred kunnskap om de vanligst forekommende tilstandene i befolkningen. Rundt halvparten av konsultasjonene handler om 20 – 30 ulike problemstillinger, den andre halvparten om flere hundre (35). De jobber i lokalsamfunnet med en pasientsentrert tilnærming der de må håndtere risiko og usikkerhet ved behandlingen av ulike problemstillinger. Et helhetsperspektiv på mennesket og sykdom står sentralt og betydningen av sosial kontekst og nære relasjoner er stor i arbeidet allmennlegene gjør.

Det kreves særegne arbeidsmetoder slik at fordelene ved disse arbeidsforholdene nyttiggjøres og ulempene avgrenses. Disse allmenntedisinske kliniske arbeidsteknikkene presenteres i boken *Allmenntedisin* (34) og gjengis her i Figur 3.



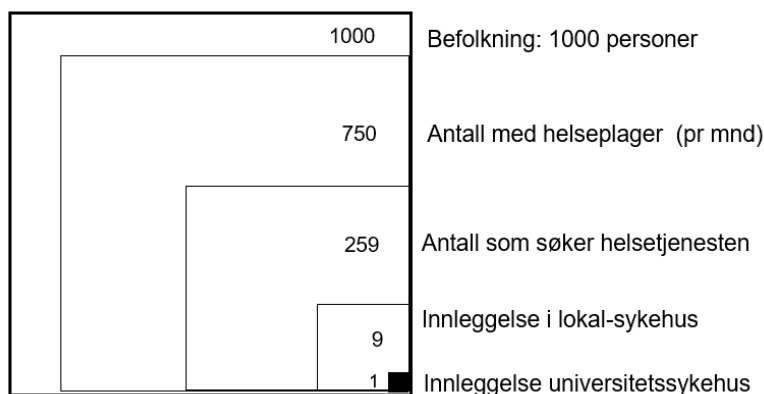
Figur 3 – De allmenntedisinske kliniske arbeidsteknikkene som beskrevet i *Allmenntedisin* (34).

Fastlegen som portvokter

Når det kommer til ressursbruk, har fastlegen rollen som portvokter inn i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at fastlegen skal bidra til at offentlige ressurser forvaltes på en fornuftig og rettferdig måte (36).

I en klassisk studie fra 1961 kartla og illustrerte White et al. (37) befolkningens helsetjenestesøkningsadferd (Figur 4). Figuren viser til forholdet mellom en hel populasjon, andelen med helseplager og hvor mange som blir tatt imot i ulike deler av helsetjenesten. Ifølge statistisk sentralbyrå (SSB) var det om lag 14,5 millioner konsultasjoner hos fastleger i løpet av 2018 (38). Portvokterrollen til fastlegene sørger for at kun et mindretall av konsultasjonene ender med henvisning til eller innleggelse på sykehus. 5-10 % av pasientene henvises til spesialist eller poliklinikk, og 2-3 % legges inn (34).

Når andelen av pasienter som henvises er så liten, vil en økning på selv noen få prosentpoeng bety en stor økning i presset på spesialisthelsetjenesten. Mangel på enten tid eller utstyr, eller et ønske fra pasient eller pårørende, ligger til grunn for henholdsvis hver femte og hver tjuende henvisning (34).



Figur 4: Whites kube som illustrer legesøking i en befolkning, laget med utgangspunkt i den originale figuren fra White et al. (52).

Fastlegens opplevelse av portvokterrollen

Portvokterrollen kan oppleves vanskelig og stressende for fastleger (39). Forskning har så langt pekt på flere årsaker til dette. I det såkalte «Trønderopprørets» fastlegeundersøkelse oppga 8 av 10 fastleger at de regelmessig kjenner på frykt for å gjøre feil i arbeidet (40). Vi har tidligere nevnt at også faktorer knyttet til legen kan bidra til overforbruk av helsetjenester. Leger ønsker stort sett å føle seg helt sikre på at de har utelukket alvorlig sykdom hos

pasienten, og frykten for å gjøre feil kan føre til flere undersøkelser enn nødvendig. Slik «for sikkerhets skyld-medisin» har vært pekt på som en årsak til overutredning (41). Det er mer sannsynlig at en lege blir anklaget for å ha unnlatt noe, enn at vedkommende blir beskyldt for å ha gjort for mye (6). For fastlegene spiller det også inn at det kan ta kortere tid å henvise til utredning enn å bruke tid i konsultasjonen på å få pasienten til å forstå og bli enig i beslutningen om at det ikke skal utredes videre (42). Respekt for pasientens autonomi er også en årsak til at legen noen ganger setter pasientens ønske høyere enn egen medisinsk kunnskap (39). I tillegg kan det oppleves ubehagelig for legene å si nei. Når pasienten har forventninger om undersøkelser som ikke er medisinsk indisert, kan det oppstå konflikt. Frykt for at lege-pasient-forholdet skal svekkes, bidrar til å gjøre det vanskelig for legen å si nei til pasienten (42-44). En norsk fokusgruppestudie av Opdal et al. (45) konkluderer med at fastleger i Norge opplever et sterkt press til å oppdage ethvert sykdomstilfelle og å oppfylle pasientenes krav til undersøkelser. De fant at fastlegene bestiller unødvendige undersøkelser mot bedre vitende fordi de ikke tør å la være.

Tiltak mot overforbruk av helsetjenester

Det er foreslått flere tiltak mot overforbruk av helsetjenester. Blant annet er det viktig med gode faglige retningslinjer slik at man kan vise til disse ovenfor pasienten. Man bør tilstrebe å trygge leger i sine beslutninger, særlig dem uten mye erfaring. Det bør tilstrebes god og presis informasjon til den enkelte pasient, men også til befolkningen ellers – og det er viktig at legen har god nok tid til kommunikasjon med pasienten (6).

Gjør kloke valg

I sammenheng med den økte bevisstheten rundt overforbruk av helsetjenester har det oppstått kampanjer, mest kjent er «Choosing Wisely»-kampanjen som startet i 2012 og som har sitt opphav i USA. Formålet med kampanjen er å fremme dialog mellom lege og pasient for å støtte valg som er evidensbaserte og som gjør at man unngår skade, unødvendige helsetjenester og dupliserte undersøkelser eller prosedyrer. Fagmedisinske organisasjoner har blitt bedt om å identifisere undersøkelser eller prosedyrer innenfor sitt felt som kan være av usikker nytte. Dette har resultert i lister med anbefalinger rettet mot helsepersonell samt materiale tilpasset pasienter. Kampanjen har også ført til en rekke publikasjoner, og materialet har blitt tilgjengeliggjort gjennom blant annet lommekort, nyhetsbrev og apper (46).

«Choosing Wisely»-kampanjen har spredt seg til en rekke land, og i 2018 ble Legeforeningens ekvivalent «Gjør kloke valg» lansert (47). Flere fagmedisinske foreninger

har laget sine egne retningslinjer i forbindelse med kampanjen. Flere av anbefalingene omhandler bildediagnostikk. For eksempel anbefaler Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering å «unngå bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel/skjelettsmerter uten mistanke om underliggende sykdom som har behandlingsmessig konsekvens» (48). Norsk radiologisk forening har i sine egne retningslinjer valgt å belyse flere problemstillinger som er aktuelle for allmennleger. Blant annet anbefales det å unngå bildediagnostikk ved kortvarige, ukompliserte korsryggssmerter (Figur 5), ukomplisert hodepine og fremre knesmerter dersom det ikke foreligger varselsymptomer, eller uten at visse kriterier er innfridd (49).



Figur 5: Plakat fra Norsk radiologisk forenings bidrag til «Gjør kloke valg»-kampanjen. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/> (47).

Problemformulering

Vi har sett at overutredning har blitt satt på dagsorden på verdensbasis. Overutredning er ressurskrevende og kan føre til somatisk og psykisk uhelse. Noen av driverne er pasienters frykt for uoppdaget sykdom, at legene føler press fra pasienter om å utrede eller at de er redde

for sanksjoner. Utviklingen innenfor diagnostisk teknologi er en driver i seg selv. Særlig innen bildediagnostikk har utviklingen vært stor og vår antagelse er at fastlegene innenfor dette området møter tanker, forventninger og kanskje til og med krav fra pasienter om å bli henvist. Fastlegen skal fungere som portvokter for spesialisthelsetjenestens tilbud og sitter med et stort ansvar når det gjelder kvartærforebygging og riktig fordeling av ressurser. Portvokterrollen kan være utfordrende, blant annet på grunn av press fra pasientene. Det mangler forskning om hvordan legen kan bidra til at pasienten slår seg til ro med å avstå fra unødvendige radiologiske undersøkelser. Økt kunnskap om kommunikasjonsstrategier som fremmer samarbeid og forståelse mellom lege og pasient vil dermed kunne bidra til målet om reduksjon av unødvendige bildeundersøkelser.

I denne studien vil vi undersøke hvordan fastleger møter – og håndterer – pasienter som har forventninger om bildediagnostikk som ikke er strengt medisinsk indisert. Hovedformålet er å identifisere ulike strategier fastlegene bruker i møte med slike pasienter, og å undersøke hvordan pasientene opplever disse strategiene.

Materiale og metode

Studiedesign

Datagrunnlaget som denne kvalitative studien bygger på, stammer fra feltnotater fra observerte konsultasjoner på fastlegekontor, og individuelle intervjuer med fastlege og pasient i etterkant av konsultasjonen. For å sikre variasjon i materialet ønsket vi å observere flere fastleger ved ulike legekontor, og gjerne leger med ulik fartstid og tilnærming til faget. Vi forsøkte først å rekruttere leger ved å presentere prosjektet vårt på et møte for allmennleger tilknyttet NTNU høsten 2019, uten stort hell. Med tanke på allmennlegenes store arbeidsbyrde så vi på det som lite sannsynlig at vi ville klare å rekruttere via telefon eller epost. Vi valgte derfor å benytte våre og veileders personlige kontakter innenfor allmennmedisin, og rekrutterte på denne måten to legekontor, heretter kalt 1 og 2. Data ble samlet i perioden 03.02.-12.02.2020. Vi delte oss under datainnsamlingen og tilbragte henholdsvis 3 og 8 dager på de to kontorene. Vi vekslet mellom å sitte fast inne hos en lege, å be om å være med på spesifikke konsultasjoner ut fra legenes timebøker, og å la legene hente oss om de hadde en konsultasjon de anså som aktuell. Når det kom til å rekruttere pasienter lot vi fastlegen introdusere oss ovenfor pasienten, og fikk deretter muntlig samtykke fra pasienten om at vi kunne observere konsultasjonen. Dersom problemstillingen var aktuell for studien, presenterte vi prosjektet vårt og inviterte pasientene med til et annet kontor der vi fikk skriftlig samtykke (vedlegg 4) og intervjuet dem. Fastlegene ble intervjuet om hver enkelt konsultasjon på et tidspunkt i arbeidsdagen der det passet dem, oftest på slutten av dagen og i noen tilfeller over telefon på kveldstid. Data for hvert kasus inkluderte observasjonsnotater fra konsultasjonen, intervju av pasienten og intervju av legen. I tillegg intervjuet vi hver fastlege om deres bakgrunn og om hvilke strategier de pleide å bruke.

Studieprotokollen ble sendt inn til fremleggsvurdering ved Regional Etisk Komite Midt-Norge og ble vurdert som ikke framleggingspliktig (vedlegg 1). Protokollen ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og ble vurdert å være i samsvar med personvernlovgivningen.

Legekontor og deltagere

Legekantorene lå i hver sin norske storby, og hadde nærhet til både private bildediagnostikktilbud og offentlige sykehus. Legekontor 1 hadde i tillegg et veletablert

samarbeid med en fysioterapeut. Begge legekantorene hadde 6 fastlistehjemler og gjennomsnittlig listelengde var rundt 1250 pasienter.

Ni allmennleger (A – I) ble inkludert i studien (Tabell 1), blant dem fire kvinner. Gjennomsnittlig alder var 50 år. Nesten alle var spesialister i allmenmedisin, og gjennomsnittlig erfaring var 19 år i praksis. Tre av legene hadde ekstra erfaring med håndtering av ortopediske problemstillinger, og tre andre hadde erfaring med å undervise legestudenter med fokus på lege-pasient-kommunikasjon. Av anonymitetshensyn har vi utelatt denne informasjonen samt anvendt aldersrater i Tabell 1.

Lege	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Legekantor	1	1	1	1	1	1	2	2	2
Kjønn	Kvinne	Kvinne	Mann	Mann	Kvinne	Mann	Mann	Mann	Kvinne
Alder	55-60	35-40	50-55	50-55	40-45	55-60	45-50	45-50	60-65
Antall år som fastlege/ allmennlege	28	9	23	14	2	26	20	16	31
Listestørrelse	1300	1250	1300	1100	1100	1100	1300	1500	1350
Spesialist i allmenmedisin	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja

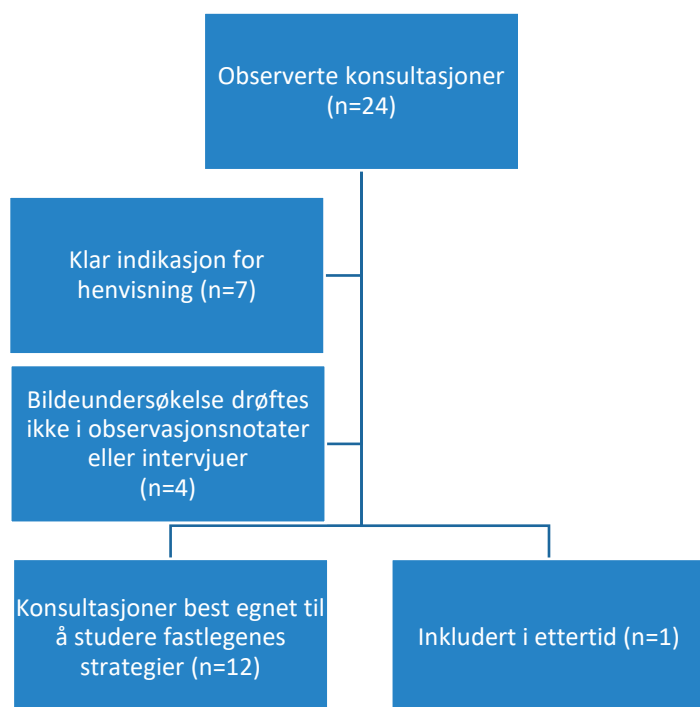
Tabell 1 - Karakteristika ved de 9 allmennlegene (A-I) som deltok i studien ved to fastlegekantor (1 og 2).

Pasientoversikt

24 pasienter ble inkludert i studien. 15 av disse var kvinner og 9 menn. Vi hadde på forhånd mål om å inkludere 10-20 pasienter i studien. Etter grundig gjennomgang av alle de 24 kasesene valgte vi ut 12 konsultasjoner med 6 leger som vi vurderte som best egnet til å studere fastlegenes strategier. Legene var fordelt på begge legekantor, og like mange menn/kvinner (Tabell 2). Typisk for konsultasjonene som ble vurdert som mindre egnet var at bildeundersøkelser ikke ble tema, eller at det var svært klar indikasjon for bildediagnostikk, for eksempel for å avklare brudd ved synlig feilstilling (Figur 6). Da vi analyserte betydningen av lege-pasient-forholdet, så vi likevel at ett av kasesene som ikke var inkludert i utvalget bidro med viktig informasjon for å belyse dette temaet fra en litt annen side. Disse dataene ble derfor inkludert i studien.

Lege	Legekantor 1						Legekantor 2		
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Antall konsultasjoner	4	1	3	1	3	1	5	1	5
Andel kvinnelige/ mannlige pasienter	3/1	0/1	1/2	0/1	1/2	1/0	4/1	1/0	4/1
Antall utvalgte kasus	2	-	3	1	2	-	2	-	2

Tabell 2 - Oversikt over de 24 konsultasjonene som ble inkludert i studien



Figur 6 – Flytskjema for håndtering av observerte konsultasjoner

Blant de 12 pasientene var det 6 kvinner og 6 menn (tabell 3). Gjennomsnittlig alder var 49 år, og 3 av pasientene hadde annen kulturell bakgrunn enn skandinavisk. Tre av pasientene hadde medisinfaglig bakgrunn. Gjennomsnittlig varighet av lege-pasient-forhold var 15 år.

Pasientene søkte hovedsakelig lege for muskelskjelett-plager bortsett fra én med spørsmål om mammografi. Totalt sett vurderte vi dette utvalget som relevant, variert og velegnet for studiens formål, og dermed med tilstrekkelig informasjonsstyrke (50).

Pasient						Lege	
Pasient	Alder	Kjønn	Aktuell problemstilling	Annen kulturell bakgrunn?	Medisinskfaglig yrkesbakgrunn?	Lege	Varighet på lege-pasient-forholdet
1	65-70	Kvinne	Skadet albue	Nei	Ja, forsker.	G	19-20 år
2	55-60	Kvinne	Nummen tommel	Nei	Nei	G	20 år
3	50-55	Kvinne	Smerter innside kne	Nei	Ja, fysioterapeut.	I	27 år
4	30-35	Mann	Skadet hånd (for 2. gang)	Nei	Nei	I	27 år
5	40-45	Kvinne	Ønske om mammografi	Ja	Nei	A	14 år
6	55-60	Mann	Ønske om MR av nakken	Ja	Nei	A	27 år
7	45-50	Mann	Smertefull skulder 3 uker etter traume	Ja	Nei	C	17 år
8	40-45	Kvinne	Akutt forverring av langvarige rygg smerter	Nei	Nei	C	18 år
9	45-50	Mann	Forverring av gamle skuldersmerter	Nei	Ja, lege.	C	5 år.
10	35-40	Mann	Knetraume og tommeltraume	Nei	Nei	D	1 år.
11	50-55	Mann	Akutt forverring av langvarige rygg smerter	Nei	Nei	E	2 år
12	25-30	Kvinne	Knetraume	Nei	Nei	E	2 år

Tabell 3: Oversikt over pasientene (1-12) fra de utvalgte kasuistikkene og deres fastleger (A-I).

Observasjon og fokuserte intervju

Vi har utført en kvalitativ observasjons- og intervjustudie. Det var naturlig å bruke observasjon som arbeidsmetode fordi vi ønsket å utforske samspillet mellom lege og pasient, og studere konsultasjonen uten legens eller pasientens fortolkning. Under konsultasjonene var vi deltagende observatører i rollen som medisinstudent (51). Av praktiske og etiske hensyn var det nødvendig at lege og pasient visste at de ble observert, og vi satt synlig på legekontoret. For å minimere påvirkningen, plasserte vi oss et stykke unna legen og pasienten slik at de kunne prate mest mulig uforstyrret mens vi observerte. Det var likevel naturlig å interagere med dem i noen grad. For eksempel søkte pasientene ofte kontakt med oss mens legen var opptatt med noe på datamaskinen, og det var flere pasienter som stilte spørsmål om hvor langt vi hadde kommet på studiet eller kommenterte hvor lenge de hadde hatt den aktuelle legen som fastlege. I noen tilfeller forlot også legen rommet, og det var da naturlig å småprate med pasienten. Vi hadde på forhånd utarbeidet en observasjonsmal (vedlegg 2) med

punkter vi var spesielt interesserte i å utforske. Under konsultasjonene brukte vi denne i varierende grad, og fant det ofte mer naturlig å ta fortløpende, frie feltnotater. For å lette rekrutteringen og byrden for informantene samt å lette analysearbeidet innenfor vår tidsramme, valgte vi å notere i stikkordsform for hånd i stedet for å benytte oss av lyd- eller videoopptak. Vi renskrev notatene våre og la til observasjoner og tanker vi hadde gjort oss kort tid etterpå, mens vi ennå hadde det friskt i minne. I presentasjonen av resultatene har vi skrevet om notatene våre fra stikkord til hele setninger for å øke lesbarheten, men uten at meningsinnholdet er endret.

Vi supplerte observasjonsdataene med korte fokuserte intervjuer av både pasientene og legene. Ifølge Tjora (51) kan fokuserte intervjuer være et godt alternativ til dybdeintervjuer der temaet er avgrenset og ikke veldig følsomt, samtidig som man har anledning til å raskt etablere tillit i intervjusituasjonen. Vi vurderte at disse vilkårene var oppfylt i vår studie, og for å lette rekruttering og unngå å bruke for mye av informantenes tid valgte vi dette fremfor dybdeintervju. Vi hadde på forhånd utarbeidet intervjuguider for lege- og pasientintervjuene (vedlegg 3). Underveis i datainnsamlingen tilpasset vi spørsmålene i intervjuene ut fra erfaringene vi hadde gjort oss med ordlyden tidligere, og vi frigjorde oss fra guiden når det kom opp nye elementer det var relevant å utforske nærmere. Pasientintervjuene ble gjennomført rett etter konsultasjonen, og uten at fastlegen var til stede. Intervjuene varte omtrent 10 minutter. Legeintervjuene varte omtrent 5 minutter per inkluderte konsultasjon, i tillegg til rundt 5 minutter om legens bakgrunn og strategier.

Analyse av data

Analysemetoden vår var inspirert av en fortolkende fenomenologisk tilnærming (52). Enkelt beskrevet kan man si at hovedfokus for en slik tilnærming er å få innsikt i hvordan bestemte personer, i en gitt kontekst, forstår et fenomen. Vi (her studenter og veileder) leste gjennom materialet hver for oss og identifiserte preliminare tema som senere ble sammenholdt. Eventuelle forskjellige fortolkninger ble diskutert og avklart, før vi kom til enighet om de endelige temaene.

Vi leste først materialet på tvers og analyserte observasjonsnotatene, legeintervjuene og pasientintervjuene hver for seg. For analysen av observasjonsdata fokuserte vi på å identifisere hvilke strategier fastlegene benyttet og disse ble tilordnet ulike kategorier. I

legeintervjuene og pasientintervjuene var vi interessert i å studere hvordan konsultasjonene opplevdes for begge parter. Hos fastlegene var vi spesielt interesserte i hvor krevende de opplevde konsultasjonen, og hvilke faktorer de tok hensyn til i vurderingen av hvorvidt pasienten skulle henvises. For pasientene var vi opptatt av hvordan de responderte på fastlegens ulike strategier, og hvilke følelser de hadde om avgjørelsen som ble tatt.

Deretter leste vi hvert kasus med observasjonsnotater, intervju av lege og pasient på langs for å sammenholde opplevelsen de ulike partene hadde av hver enkelt konsultasjon. Til sist gjennomgikk vi fastlegenes svar på spørsmålet om hvilke strategier de benyttet, og så disse opp mot de strategiene vi selv hadde observert. Ettersom disse svarene ikke var relatert til bestemte konsultasjoner, har vi inkludert data fra alle de ni legene vi intervjuet, ikke bare de seks som inkluderes gjennom de 12 utvalgte konsultasjonene.

Resultater

Her følger en oversikt over resultatene fra den kvalitative studien. Vi har under Materiale og Metode allerede presentert deltagerens karakteristika. Vi vil nå presentere vår kategorisering av strategier som fastlegene brukte i møte med pasienter som ønsket bildediagnostikk som ikke var strengt medisinsk indisert. Deretter presenterer vi pasientenes opplevelse av fastlegenes strategier og ulike forhold knyttet til lege-pasient-forholdet som vi mener kan ha hatt innvirkning på legens og pasientens opplevelse av konsultasjonen og de avgjørelsene som ble tatt.

Strategier

Vi identifiserte 8 ulike kategorier av strategier blant fastlegene som deltok i studien. En oversikt over alle strategiene er presentert i Figur 7. Strategi a-c og h pekte seg ut som vanligere å bruke enn de fire andre. Vi observerte også at fastlegene vanligvis kombinerte flere strategier i en og samme konsultasjon. Nedenfor presenterer vi kategoriene vi kom frem til, med illustrerende eksempler.

Observerte strategier

- a) Vent og se
- b) Å gi avslag
- c) Forklare diagnostisk tankegang
- d) Foreslå et alternativ
- e) Å rådføre seg
- f) Partnerskap og samvalg
- g) Vise til faglige autoriteter
- h) Trygging, normalisering og anerkjennelse

Figur 7 – oversikt over observerte strategier

a) Vent og se

En vanlig strategi var å be pasienten gi plagene tid til å gå over av seg selv, og ta kontakt på ny dersom plagene ikke gikk over i løpet av et gitt tidsrom. Denne strategien ble ofte kombinert med en sikkerhetsplan for hva som skulle gjøres dersom plagene vedvarte. Nedenfor presenteres eksempler der legene bruker denne strategien.

Pasient 2 er plaget med nummen tommel og svakhet i muskulaturen, og gjennom konsultasjonen har hun og lege G kommet fram til at Saturday night palsy er den mest sannsynlige diagnosen. Legen forklarer at det vanligvis tar tid før det går over av seg selv. Han gir det normalt tre måneder, og sier «*hvis du fortsatt kjenner på dette til påske, henviser vi til MR.*».

I intervjuet med samme pasient kommer det frem hvordan hun opplever legens bruk av *vent og se*-strategien i dette tilfellet. På spørsmål om hun fortsatt er bekymret etter legetimen svarer hun: *«Jeg blir alltid beroliget av legen. Det at han ønsker å gi det tid, betyr ikke at man ikke blir tatt på alvor. Han sier ofte ting tar tid, og at man skal komme tilbake.»*

Lege C bruker *vent og se* i konsultasjonen med pasient 8 som har en akutt forverring av langvarige ryggsmertesmerter: *«Vi får smertestille deg som før. Så avventer vi et par dager. Hvis det fortsatt er vondt, får vi søke hjelp hos fysioterapeut.»*

Å vente og se i kombinasjon med en sikkerhetsplan ble også beskrevet av leger under intervju. Lege B forteller om sine strategier: *«Jeg sier for eksempel at vi skal vente en uke og se om det er en tydelig forverring, og at man heller kan henvise senere hvis det ikke er bedre. Pasienter godtar som regel dette.»*

Lege F legger som regel ut et «sikkerhetsnett» når han sender pasientene hjem uten oppfølging: *«Jeg sier nesten alltid: «Ta kontakt hvis det blir verre.» Da sikrer man seg litt.»*

b) Å gi avslag

I flere konsultasjoner observerte vi at legene avsto pasientens ønske om bildediagnostikk. Det ble gjort på forskjellige måter. Noen leger avviste uten å gi pasienten noen særlig begrunnelse eller mulighet til å komme med sine argumenter. Andre gikk i diskusjon med pasienten og brukte lenger tid på å forklare hvorfor undersøkelsen ikke var indisert. En tredje variant var å «komme pasienten i forkjøpet», der legen brakte tema på banen uten at pasienten selv hadde nevnt noe om bildeundersøkelse. Nedenfor følger noen illustrerende eksempler.

I konsultasjonen mellom lege D og pasient 10 får pasienten et direkte avslag basert på legens kliniske vurdering. Legen åpner ikke for diskusjon rundt avgjørelsen. Pasienten har skadet tommelen og har smerter. Legen undersøker tommelen og gir inntrykk av at det ikke er noe å gjøre noe med, og følgende dialog finner så sted:

Pasient: *«Så du vil ikke ta MR?»*

Lege: *«Det vil ikke få noen behandlingsmessige konsekvenser. Det er en forstuing, ingenting som er brukket.»*

Pasient: *«Så vi gjør ikke noe med tommelen?»*

Lege: *«Nei»*

Pasient: *«Hvis du sier det, så.»*

I konsultasjonen mellom lege A og pasient 6 kommer pasienten med en «bestilling» av ny MR av nakke og skulder som har plaget ham lenge. Legen mener bestemt at ny MR ikke er indisert, men hun bruker tid på å berolige og forklare pasienten hvorfor (full dialog gjenfinnes i Tabell 5).

Pasient: *«Jeg skal ha MR av nakken.»*

Lege: *«Jeg mener at vi vet hvorfor du har vondt. Det vi ikke vet er hvordan vi skal bli kvitt smertene. Vi vet at SC-leddet ditt (peker) har vært ute av ledd. (...)*

Pasient: *«Men jeg har fått vondt oppover i nakken og hodet!»*

Lege: *«Smertene sprer seg nok i muskulaturen.»*

En tredje måte å gi avslag på var å «komme pasienten i forkjøpet» ved å fortelle at bildeundersøkelse ikke var aktuelt, selv om temaet ikke var brakt på banen av pasienten. Der vi observerte at dette skjedde, kom det ikke fram i konsultasjonen om pasienten forventet å bli henvist, og det ble ingen videre diskusjon rundt temaet etter legens avslag. Det var ingen av legene som nevnte at de bevisst brukte denne strategien i intervjuene.

I følgende utdrag ser vi at lege E kommer pasient 12 i forkjøpet og nevner MR uten at pasienten har tatt det opp:

Pasient: *«Det svir inni kneet.»*

Legen undersøker kneet.

Lege: *«Hvis vi henviser deg til MR tar det lang tid. Det kan hende vi skal gi det en uke til, men ikke mer.»*

Legene brukte ulike begrunnelser for å gi avslag på undersøkelsene. Vanligst var å peke på ulemper ved undersøkelsen og/eller at undersøkelsen ikke ville ha behandlingsmessig konsekvens. Ulemper som ble nevnt var lang ventetid (knyttet til MR-undersøkelser som i eksemplet over), unødvendig stråling, kostander eller overbehandling. Nedenfor presenterer vi noen eksempler på hvordan legen gjorde dette.

I konsultasjonen mellom lege A og pasient 5, en kvinne tidlig i førtiårene som ber om henvisning til mammografiscreening, begrunnet legen sitt avslag ved å peke på overbehandling som en potensiell ulempe ved mammografi: *«På undersøkelsen kan det oppdages noe som må utredes videre, men som viser seg å ikke være noe. Det kan også gå så langt som til at du behandles, men at det ender opp med at du ikke kommer bedre ut av det enn hvis du hadde latt være å ta mammografien».*

I intervjuet med Lege G kom det fram at han passer på å anerkjenne pasientens ønske om å bli henvist, og heller etterpå forklarer for pasienten at undersøkelsen også har noen ulemper som man må tenke på og ta med i beregningen (stråling og kostnad).

Et eksempel på at legene begrunnet avslaget i manglende behandlingsmessig konsekvens, finner vi i den tidligere nevnte konsultasjonen med lege A og pasient 6 som vil ha ny MR av nakken:

Lege: *«Tenker du at du vil opereres?»*

Pasient: *«Nei»*

Lege: *«Da er det ikke noe poeng med ny MR. Det har du allerede tatt. Vi vil ikke finne noe nytt.»*

Dette ble også nevnt som en strategi i legeintervjuene. Lege H forteller: *«Stort sett hvis de ønsker noe, gir jeg en forklaring på funnene som er gjort. Jeg forklarer hva man vet og at det ikke vil være noen konsekvenser av å vente på for eksempel MR rygg. Selv om man finner noe på MR, har ikke det noen behandlingskonsekvenser.»*

c) Forklare diagnostisk tankegang

Vi observerte at legene ofte delte sin diagnostiske tankegang ved å tenke høyt underveis i konsultasjonen, eller ved å legge fram tankene sine for pasienten etter at de hadde konkludert. Dette ble ofte gjort på en pedagogisk måte der legen brukte momenter fra anamnesen og funn fra undersøkelsen for å forklare pasienten hvorfor det var unødvendig å henvise til bildeundersøkelse.

I konsultasjonen mellom lege G og pasient 2 kommer legens tankegang med sannsynlighetsdiagnose og utelukkning av røde flagg fram. Pasient 2 er plaget med nummenhet

i overekstremiteten. Pasienten har selv foreslått at plagene kan skyldes at hun har ligget forkjært på armen når hun har sovet. Legen utelukker traume («*du har ikke hatt noen skade av albue eller skulder?*») og undersøker pasientens nakke uten alarmerende funn. Etter undersøkelsen oppsummerer han ved å fortelle om «Saturday night palsy», og at han er enig i at hun nok har ligget forkjært. Han sier så at den kliniske undersøkelsen understøtter at dette ikke er noe farlig, og at dette nok går over av seg selv.

Strategien ble også beskrevet av leger i intervju. For eksempel svarer Lege I slik på spørsmål om hvilke strategier hun vanligvis bruker: «*Jeg pleier å snakke om pasientens problem, og forklare hvorfor bildeundersøkelsen ikke er nødvendig ved å peke på ting man kan se i den kliniske undersøkelsen. Jeg sier for eksempel: «Nå har du god bevegelighet, så jeg tror ikke det er noe med skjelettet», eller viser til at pasienten ikke har utstrålende smerter.»*

d) Foreslå et alternativ

Å tilby et alternativ til bildeundersøkelsen pasienten ønsket, så ut til å være en strategi hos flere av legene.

Et eksempel på dette observerte vi i konsultasjonen mellom fastlege A og pasient 5 som ønsker mammografiscreening. Legen anbefaler heller egenundersøkelse av brystene: «*Enn så lenge er den beste undersøkelsen den du selv gjør ved å undersøke brystene dine jevnlig. Dette er den beste undersøkelsen for å oppdage om noe endrer seg.»*

Et annet eksempel var at fastlegen foreslo smertestillende, betennelsesdempende behandling eller henvisning til fysioterapi som alternativ til bildeundersøkelse. Lege B forteller om denne strategien i intervjuet: «*Jeg pleier å si at vi skal prøve å se det an og prøve betennelsesdempende for å se om plagene bedres»*

På det ene legekantoret hadde fastlegene et godt samarbeid med en spesifikk fysioterapeut med spesialisering innenfor manuellterapi, og vi observerte at de i noen tilfeller foreslo henvisning dit i stedet for bildediagnostikk i spesialisthelsetjenesten. Vedkommende hadde erfaring med bruk av ultralydundersøkelser diagnostisk ved muskelskjelettplager, i tillegg til lang behandlingserfaring. Strategien ble også bekreftet av legene i intervju. Her forteller Lege A hvordan og hvorfor hun gjør det: «*Jeg henviser ofte til ultralydundersøkelse hos*

spesialiserte fysioterapeuter og argumenterer med at det er en mye bedre undersøkelse enn MR. Det koster ikke samfunnet like mye og det er faktisk bedre.»

e) Å rådføre seg

Vi observerte at legene noen ganger rådførte seg med en kollega på kontoret som var mer erfarne innenfor det aktuelle fagområdet, eller at de avtalte med pasienten at de skulle ringe og konferere med en legespesialist før de tok en avgjørelse. Her følger noen illustrerende eksempler.

Pasient 12 har skadet kneet, og lege E er usikker på videre håndtering. Hun går ut for å prate med en kollega. Når hun kommer tilbake igjen sier hun til pasienten:

«Nå har jeg diskutert med en kollega som har jobbet på skadelegevakta. Han ville gitt det én uke til, men ikke mer.»

Dette kom også fram i et av legeintervjuene, og pekes på som en metode for å håndtere usikkerhet. Lege A forteller følgende: *«Jeg er ofte litt usikker, og jeg føler at jeg rådslår meg med kollegaer oftere enn de andre på legekantoret. Jeg vil gjøre det rette.»*

Noen ganger konfererte legene med spesialister innenfor det aktuelle fagfeltet. Det ser vi i konsultasjonen mellom lege E og pasient 11, som tidligere har vært operert for prolaps, og nå har tatt kontakt med legen på grunn av nye smerter: De har diskutert hvorvidt MR skal tas. Pasienten gir klart uttrykk for at han ønsker dette, mens legen er usikker. Hun lander på å rådføre seg med en sykehusspesialist og sier til pasienten: *«Jeg tenker jeg ringer sykehuset og prater med de som har operert deg. De kan best avgjøre om du bør ta nye bilder. Jeg sender deg ny melding på pasientsky om hva de svarer.»*

f) Partnerskap og samvalg

Vi observerte at legene var opptatt av å vise partnerskap med pasienten, og vanligvis åpnet opp for medbestemmelse. Dette fremkom både gjennom måten legene formulerte seg på og i noen tilfeller ved at de lot pasienten velge selv etter å ha informert dem om eget standpunkt. Det var en tendens til å åpne for mer medbestemmelse der legene var usikre på hva som var riktig nivå av utredning, eller der de var redde for å overse alvorlig sykdom. Vi fikk også et

inntrykk av at legene ga pasientene mer medbestemmelse hvis disse hadde helsefaglig yrkesbakgrunn eller privat helseforsikring.

Vi har tidligere referert til konsultasjonen mellom lege A og pasient 5, som ønsker henvisning til mammografiscreening selv om hun er for ung for screeningprogrammet. Lege A argumenterer først mot mammografi, men ender med å la avgjørelsen være opp til pasienten: *«Hvis du sier at du likevel vil ha mammografi skal jeg ikke nekte deg det, men det er viktig at du tar et veloverveid valg.»*

I legeintervjuet etterpå kom det frem at lege A var redd for konsekvenser av å overse alvorlig sykdom: *«Jeg ba henne sende en melding hvis hun likevel ville ta mammografi, og det var nok fordi jeg har en liten angst for å nekte noen mammografi og så viser det seg at de har kreft i ettertid»*

En mer subtil variant av *partnerskap og samvalg* ser vi mellom lege I og pasient 4.

I konsultasjonen med pasient 4, som er redd for at han har slått opp igjen et gammelt brudd i hånden, bruker lege I pronomenet «vi» når hun skal oppsummere etter å ha undersøkt. Slik understrekes partnerskapet: *«Det virker som det ikke har blitt noe brudd. Du bøyer leddene fint. Tror du har berget deg bra. Tror ikke vi trenger røntgen.»*

Pasienten henvises ikke til bildeundersøkelse, men i legeintervjuet forteller lege I at hun hadde vært åpen for å henvise dersom han hadde bedt om det. *«Han godtok det da jeg sa at jeg tenkte det ikke var nødvendig å ta røntgen, men noen må nå ta den avgjørelsen. Hvis han hadde sagt «men jeg vil gjerne på røntgen», hadde jeg kanskje sendt han dit. Blir et samspill med pasienten.»*

Lege H uttalte i intervjuet at pasienter med privat helseforsikring utgjorde et større press på legen til å bestille MR og at det er et problem med et helsevesen «på siden» som skaper en forventning om at det er behov for «å ta MR av alt».

Lege G fortalte i intervju at en tilleggsfaktor for å lande på beslutningen om bildediagnostikk også kunne være knyttet til om pasienten hadde helsefaglig bakgrunn.

g) Vise til faglige autoriteter

Noen ganger viste også legene til faglige autoriteter når de argumenterte mot henvisning til bildeundersøkelse. De nevnte nasjonale retningslinjer eller anbefalinger, andre legespesialister eller fagpersoner som var ekstra gode på feltet.

Vi vil igjen vise til konsultasjonen med pasient 5 som ønsker mammografiscreening utenom det nasjonale programmet. Vi observerte at Lege A argumenterte mot henvisning ved å referere til tidligere leder for mammografiscreeningprogrammet: «*Lederen for screeningprogrammet sier hun ikke ville tatt mammografi rutinemessig.*»¹

Denne strategien ble også nevnt av Lege A i intervjuet hvor hun forklarer hvilke strategier hun pleier å bruke: «*Jeg refererer eller viser også til andre som er spesialister på ting! Helsedirektoratet sier ... osv.*»

Som nevnt hadde flere av legene ved det ene legekantoret en felles strategi om å henvise til en manuellterapeut som var spesielt flink med ultralyd. Ett eksempel på dette observerte vi i konsultasjonen mellom lege C og pasient 9, som selv er lege og har forverring av gamle skuldresmerter. Lege C foreslår at pasienten heller skal ta ultralyd enn MR og underbygger forslaget ved å understreke at fysioterapeuten han henviser til er svært dyktig: «*Han jeg gir deg navnet til er en av de flinkeste med ultralyd av muskel og skjelett.*»

h) Trygging, normalisering og anerkjennelse

Vi observerte at legene var opptatte av å kommunisere at de tok pasientene på alvor, samtidig som de normaliserte enkelte plager og trygget pasienter på at symptomene deres ikke representerte alvorlig sykdom.

Lege G forteller i intervjuet at han ofte pleier å møte pasienter som ønsker henvisning til bildeundersøkelser med en positiv respons, selv om han ikke opplever at undersøkelsen er indisert. Han pleier å respondere på pasientens ønske ved å si følgende: «*Det var et skikkelig bra spørsmål!*» - før han går videre til å forklare hvorfor undersøkelsen ikke er nødvendig. Her viser legen at han anerkjenner pasientens ønske om videre utredning, selv om han er

¹ Legen refererer her til tidligere leder Mette Kalager, som i et intervju med Tidsskriftet fortalte at hun selv ikke kommer til å gå til mammografi når hun kalles inn. Begrunnelsen var blant annet programmets manglende effekt på totaldødelighet. <https://tidsskriftet.no/2016/08/intervju/annerledes-tenkende-angstfri>

uenig.

En annen form for anerkjennelse ser vi i konsultasjonen mellom Lege A og pasient 6, som er urolig for nakkesmerter som ikke går over. Han har allerede vært utredet en gang med MR og ultralyd, og det er påvist at han har fått SC-leddet ut av ledd. I legeintervjuet får vi vite at legen kjenner pasienten godt og vet fra før at han kan bli veldig bekymret. Vi observerte at legen anerkjente pasientens smerte tidlig i konsultasjonen: «... *De som driver mye med dette sier at det er det leddet som er verst å få ut av ledd, så det er ikke rart at du har vondt.*» I samme konsultasjon ser vi at hun trygger pasienten på at det ikke er mistanke om annen underliggende sykdom: «*En ny MR av nakken din vil ikke føre til at vi gjør noe annet. Det at fysioterapi ikke hjelper betyr ikke at det er noe annet galt med nakken din enn det vi allerede vet.*» Pasienten setter seg tilbake i stolen, senker skuldrene og sier: «*Nå blir jeg rolig.*»

Et annet grep legene benyttet seg av, var normalisering. Et eksempel på dette observerte vi i konsultasjonen mellom lege G og pasient 2, en kvinne i femtiårene. Pasienten tar opp plager med nummenhet i overekstremiteten, og det drøftes mulige årsaker. Legen peker da på slitasje som et vanlig fenomen i hennes aldersgruppe: «*Det blir litt slitasje med alderen. Tar man MR av alle friske 50-åringene finner man slitasje.*»

I konsultasjonen mellom lege I og pasient 4 ser vi at legen forsøker å ufarliggjøre og normalisere smerten pasienten kjenner etter et traume. Pasient 4 er redd for at han har slått opp et gammelt brudd i hånden. Lege I undersøker ham, forklarer at hun ikke tror det har blitt et nytt brudd, og sier deretter: «*Det blir selvfølgelig ømt når man har slått seg.*»

Pasientperspektivet og betydningen av lege-pasient-forholdet

Et av studiens delmål var å utforske pasientenes opplevelse av fastlegens strategibruk. Med unntak av noen få forbedringsforslag til enkelte deler av konsultasjonene, ga pasientene jevnt over uttrykk for å være tilfredse med legens avgjørelser, selv der de fikk avslag på sitt ønske om henvisning. Dette kom fram både som spontane kommentarer fra pasientene i intervjuet og som svar på våre spørsmål. Pasientene ga uttrykk for at de følte seg tatt på alvor, at de følte seg trygge på legens avgjørelse og at de kunne ta ny kontakt hvis situasjonen endret seg. Vi har ikke klart å finne noen åpenbar sammenheng mellom fastlegens valg av strategi/kommunikasjonsstil og hvor tilfredse pasientene fremstod.

Det som derimot ble tydelig i løpet av datainnsamlingen og analysen var at lege-pasient-forholdet synes å ha innvirkning på legens og pasientens opplevelse av konsultasjonen og de avgjørelsene som ble tatt. Dette kom frem etter hvert som vi leste materialet på langs og sammenstilte observasjonsdata, legeintervjuer og pasientintervjuer. Figur 8 oppsummerer tre faktorer vi fant spesielt relevante.

Viktige faktorer ved lege-pasient-forholdet
Pasientens tillit til fastlegen
Legens kjennskap til pasientens personlighet og væremåte
Legens kjennskap til pasientens sykehistorie

Figur 8 - Relevante forhold ved lege-pasient-forholdet

I det følgende presenterer vi noen illustrerende eksempler på disse tre faktorene. Utdrag fra pasientintervjuene er inkludert som eksempler på pasientenes opplevelse av fastlegens håndtering.

Legens kjennskap til pasientens personlighet

I kasus 8 (Tabell 4) ser vi at alle de tre forholdene nevnt over har betydning, men en av dem skiller seg ut som særlig viktig for legens håndtering. Pasient 8 har hatt lege C som sin fastlege i 18 år, og plages med kroniske smerter som nå har forverret seg akutt. Hun kommer gråtende inn på legekantoret, og sykdomsbildet fremstår som dramatisk. Legens kjennskap til pasientens personlighet ser ut til å bli avgjørende for måten han håndterer situasjonen og plagene på.

Utdrag fra observert kommunikasjon	Utdrag fra pasientintervjuet	Utdrag fra legeintervjuet
<p>L: «Du gråter?»</p> <p>P: «Jeg reiste meg og fikk vanvittige smerter og det kommer hver gang jeg reiser meg.»</p> <p>(...)</p> <p>L: «Kom det akutt? Hvor lenge er det siden sist du hadde slike smerter?»</p> <p>P: «Ja, i november.»</p> <p>L: «Da fikk du sterke smertestillende? Og det gikk seg til i etterkant?»</p> <p>P: «Det er det samme, beinet er halvveis dovent.»</p>	<p>Før legetimen – hadde du da noen tanker om hva du trodde legen ville gjøre?</p> <p>Jeg trodde legen ville gi meg smertestillende. Kanskje også å sende meg til et nytt MR.</p> <p>Hva gjorde legen?</p> <p>Sendte meg ikke på MR. Ga meg smertestillende og sa vi skulle avvente et par dager.</p>	<p>Hvor godt føler du at du kjenner pasienten fra før?</p> <p>Meget godt! (<i>med trykk på meget</i>)</p> <p>Hvor krevende opplevde du at konsultasjonen var?</p> <p>Ikke denne, men kunne vært krevende hvis man var vikar. Fordi jeg kjenner henne så godt er det lett å håndtere. Hadde vært mye vanskeligere hvis hun var ny for meg. Hadde hun vært</p>

<p>(...)</p> <p>L: «Vi får smertestille deg som før. Så avventer vi et par dager. Hvis det fortsatt er vondt får vi søke hjelp hos fysioterapeut. Du opplevde sist at pillene hjalp?»</p> <p>P: «Ja.»</p> <p><i>(Pasienten roer seg ned i løpet av konsultasjonen og slutter å gråte. Virker fornøyd når hun forlater rommet.)</i></p>	<p>Hva tenker du om legens avgjørelse?</p> <p>Helt greit. Jeg har så god dialog med ham. Han vet alt om meg og jeg kan si alt til ham.</p> <p>I hvilken grad føler du at du ble hørt?</p> <p>100%</p>	<p>hos f.eks. «Dr. Dropin», ville det antagelig endt med en innleggelse.</p> <p>Har du andre tanker om konsultasjonen?</p> <p>Pasienten gråter og er veldig smertepåvirket uten at det stresser meg fordi jeg kjenner henne. Pasienten vet at jeg tar henne på alvor.</p>
--	---	--

Tabell 4: Pasient 8, lege C

Legens kjennskap til pasientens sykehistorie

I kasus 6 finner vi også igjen alle de tre forholdene som over, men her skiller legens kjennskap til pasientens sykehistorie seg ut som avgjørende for konsultasjonens forløp. Pasient 6 har hatt lege A som fastlege i 27 år. Pasienten har plager etter et luksert SC-ledd og har vært til MR-undersøkelse og oppfølging hos fysioterapeut i etterkant. Han kommer nå på legetime og krever å få en ny MR-undersøkelse fordi smertene han har i nakken og hodet ikke går over. I eksempelet gjengitt i Tabell 5 ser vi at legen har en fordel av å ha inngående kjennskap til pasientens sykehistorie og bruker dette aktivt for å trygge ham på at en ny MR-undersøkelse ikke er indisert.

Utdrag fra observert kommunikasjon	Utdrag fra pasientintervjuet	Utdrag fra legeintervjuet
<p><i>Pasienten dukker opp uanmeldt i luken rett før lunsj og sier at han kun vil ha kopi av tidligere MR-svar, men når han kommer inn til legen sier han at han vil ha en ny MR-undersøkelse.</i></p> <p>P: «Jeg skal ha MR av nakken.»</p> <p>L: «Jeg mener at vi vet hvorfor du har vondt. Det vi ikke vet er hvordan vi skal bli kvitt smertene. Vi vet at SC-leddet ditt (peker) har vært ute av ledd. De som driver mye med dette sier at det er det leddet som er verst å få ut av ledd, så det er ikke rart at du har vondt.»</p>	<p>Hvorfor har du valgt å oppsøke lege?</p> <p>Trenger hjelp. Jeg er fortvilet og bekymret.</p> <p>Kjent legen lenge.</p> <p>Føler meg trygg.</p> <p>Hva gjorde legen?</p> <p>Henviste ikke til MR.</p> <p>Hva tenker du om legens avgjørelse?</p> <p>Fornøyd. Ikke</p>	<p>Hvor godt føler du at du kjenner pasienten fra før?</p> <p>Veldig godt!</p> <p>I hvilken grad opplevde du at du oppnådde en felles forståelse med pasienten for videre håndtering av plagene?</p> <p>Jeg er litt usikker på om vi ble enige. Jeg følte at jeg bestemte, men samtidig sa han også at han ble</p>

<p>P: «Men jeg har fått vondt oppover i nakken og hodet!»</p> <p>L: «Smertene sprer seg nok i muskulaturen.»</p> <p>P: «Jeg har gått til fysioterapi, knekking, massasje og har fortsatt vondt!»</p> <p><i>... det diskuteres smertestillende ...</i></p> <p>L: «Tenker du at du vil opereres?»</p> <p>P: «Nei»</p> <p>L: «Da er det ikke noe poeng med ny MR. Det har du allerede tatt. Vi vil ikke finne noe nytt.» ... «Når har du ny time hos manuellterapeuten?»</p> <p>(...)</p> <p>«En ny MR av nakken din vil ikke føre til at vi gjør noe annet. Det at fysioterapi ikke hjelper betyr ikke at det er noe annet gale med nakken din enn det vi allerede vet.»</p> <p><i>Pasienten setter seg tilbake i stolen og senker skuldrene.</i></p> <p>P: «Nå blir jeg rolig.»</p> <p><i>Interaksjon mellom lege og pasient er preget av at de kjenner hverandre godt. De ler, bruker humor underveis. Pasienten fremstår som urolig, bekymret, litt krevende å overbevise. Tar seg friheter ved å bare dukke opp og ikke si hva det gjelder i luken, gir en litt skeiv start. Språket er noe preget av at norsk ikke er pasientens morsmål.</i></p>	<p>misfornøyd med at jeg ikke fikk MR.</p> <p>Hvis du var bekymret, er du det fortsatt? Smertene sitter enda, jeg ble redd, skeptisk til hva som er der. Ærlig, redd for at det er kreft når det ikke går over. Nå er jeg mindre bekymret for kreft. De vet hva som er feil. Jeg vil ikke operere. Ble rolig, fikk bra svar.</p>	<p>beroliget etter det jeg sa, så da tenkte jeg at det var greit.</p> <p>Har du andre tanker om konsultasjonen?</p> <p>Jeg ble irritert over at han sier noe annet enn det han egentlig kommer for for å få komme inn med én gang. Samtidig kjenner jeg ham så godt og vet at han er veldig bekymret. I tillegg hisser jeg meg ikke så veldig opp, er vant til at folk kan være litt småfrekke.</p>
--	---	--

Tabell 5: Pasient 6, lege A

Pasientens tillit til fastlegen

I kasus 7 ser vi at pasientens tillit til fastlegen sin preger pasientintervjuet og interaksjonen mellom lege og pasient. Pasienten har hatt lege C som fastlege i 17 år. Observatøren oppfattet tonen under konsultasjonen som ganske direkte og lurte på om det var dårlig stemning. Etter å ha intervjuet både lege og pasient får vi i stedet inntrykk av at de kjenner hverandre godt og at pasienten er veldig fornøyd med legen sin (Tabell 6). Vi ser at pasientens mening om legens avgjørelse er tett knyttet til hans opparbeidede tillit til legen sin.

Utdrag fra observert kommunikasjon	Utdrag fra pasientintervjuet	Utdrag fra legeintervjuet
<p>Kontaktårsak: <i>Vond skulder. Falt fra sykkel for 3 uker siden. Gikk til fastlegen rett etter fallet, ble da ikke henvist til røntgen. Diffuse skuldersmerter da. De avventet for å se om det ble bedre. Nå kommer han tilbake med skuldersmerter som har blitt verre og mer distinkte.</i></p> <p>P: «Jeg har vondt i skulderen. Jeg falt for 3 uker siden. Jeg har smerter i venstre skulder. Problem med å få av klær.» <i>Legen undersøker skulderen. Finner smerter over AC-leddet.</i></p> <p>L: «Vi tar et røntgenbilde av skulderen din, vi trenger ikke ta MR. Trenger ikke vente lenge på MR.»</p> <p><i>De diskuterer sykemelding litt frem og tilbake, virker som om legen holder litt tilbake og mener det er viktig at pasienten kommer seg tilbake i jobb. Har vært flere sykemeldingsrunder nylig, uklart hvorfor.</i></p> <p><i>De prater veldig direkte begge veier. Kunne lure på om det var litt dårlig stemning.</i></p>	<p>Hva tenker du om legens avgjørelse? Fornøyd med røntgen. Legen vet best.</p> <p>Er du fornøyd med legetimen? Ja, VELDIG fornøyd. [Lege C] er gud.</p> <p>I hvilken grad føler du at du ble hørt? Ja, kan fortelle alt.</p>	<p>Hvor godt føler du at du kjenner pasienten fra før? Meget godt!</p> <p>Hvor krevende opplevde du at konsultasjonen var? Lite krevende.</p> <p>I hvilken grad opplevde du at du oppnådde en felles forståelse med pasienten for videre håndtering av plagene? Grei. Jeg tror det kan bli en diskusjon angående sykemelding. Jeg ser at det er problematisk for ham å jobbe når han er skadet, men med hensyn til at det kan bli problemer med sykefravær, holdt jeg litt tilbake. Jeg håper det er funn på røntgen.</p>

Tabell 6: Pasient 7, lege C

Fra motsatt perspektiv

Legeintervjuet fra kasus 13 var i utgangspunktet ikke blant de 12 utvalgte. Vi inkluderte det likevel ettersom vi anså konsultasjonen som et illustrerende eksempel på hvordan lite kjennskap mellom lege og pasient kan ha betydning for opplevelsen av konsultasjonen. Lege E har vært fastlege for pasienten i to år, men kun møtt ham én gang før den aktuelle konsultasjonen. Pasient 13 lurer på om det bør tas ny MR på grunn av vedvarende prolapsmerter, men konsultasjonen ender med henvisning til nevrokirurgen. På spørsmål fra

oss om hvor krevende hun opplevde konsultasjonen, svarer legen «*Grei/middels. Litt utfordrende siden jeg ikke kjenner ham så godt*».

Diskusjon

Hovedfunn

Basert på observasjon av 12 utvalgte konsultasjoner og intervju med ni fastleger, identifiserte vi 8 ulike kategorier av strategier som fastlegene bruker i møte med pasienter som ønsker eller krever bildeundersøkelser, vurdert som ikke-medisinsk indiserte av legen (Figur 7). Vi oppfattet at strategiene bidro til å oppnå felles forståelse med pasientene og til å unngå henvisning til bildeundersøkelser legen ikke mener er indisert. Legene kombinerte vanligvis flere strategier i en og samme konsultasjon, men antallet varierte fra lege til lege og mellom de ulike konsultasjonene.

Pasientene fremstod stort sett fornøyde med fastlegens beslutning, selv om fastlegen valgte å ikke henvisne videre til bildediagnostikk. Tre faktorer knyttet til forholdet mellom lege og pasient spilte en viktig rolle (Figur 8).

Resultatdiskusjon

Flere av strategiene vi identifiserte kunne relatertes til kjente allmenntedisinske arbeidsteknikker eller generelle kommunikasjonsteknikker.

Anvendelse av kjente allmenntedisinske metoder eller kommunikasjonsgrep

Det virker tydelig at fastlegene bruker sin verktøykasse av allmenntedisinske arbeidsmetoder også i møtet med problemstillingen vi har studert. De mest fremtredende teknikkene vi kjenner igjen er *å vente og se*, *partnerskap* og *samvalg* og *å dele diagnostisk tankegang*. Også *normalisering*, *anerkjennelse* og *trygging* er kjente handlinger i en allmenntedisinsk setting (53).

Strategien *å vente og se* er blant annet beskrevet i boken *Allmenntedisin* (34) under teknikken som kalles «tiden som diagnostisk hjelpemiddel». Å se utviklingen av symptomene over tid kan understøtte den diagnostiske avklaringen, eller indikere at en større diagnostisk innsats er påkrevd. Omtrent 50 % av helseproblemer i allmenntedisin skyldes forbigående eller ufarlige tilstander, og ved å vente kan man unngå unødvendig utredning.

Partnerskap og *samvalg* innebærer i stor grad å benytte seg av pasientsentrert klinisk metode, og å ta med pasientens ønske der dette er forsvarlig. I pasientsentrerte konsultasjonsmodeller

deles konsultasjonen inn i en pasientdel, en legedel og en felles del, der målet er å komme til enighet om veien videre. For å oppnå felles forståelse kan man la pasienten bidra i tenkingen, følge opp hint og antydninger, og få fram pasientens perspektiv. I tillegg til en felles forståelse kan man ta sikte på en felles beslutningsprosess, der man også må finne ut hvor mye pasienten ønsker å bestemme. Man forhandler så frem en plan begge er tilfreds med (34).

Å *forklare diagnostisk tankegang* nevnes blant annet av Morgan et al. (54), som påpeker at å forklare pasienten hva man anser å være problemet, burde være en naturlig del av konsultasjonen. Forklaringen burde peke tilbake på pasientens antakelser rundt problemstillingen, og fremheve funn i anamnese og undersøkelse som underbygger den oppfatningen man har gjort seg. Dette så vi at legene gjorde i vår studie. I *Allmennmedisin* påpekes det at å dele resonnementene sine for pasienten gjør det mulig for dem å være delaktig, og legger til rette for samspill (34).

Kommunikasjonsstiler

Vi så at legene kunne ta i bruk samme strategi på ulike måter fordi de har ulike kommunikasjonsstiler eller personlige måter å kommunisere på. Fastlege, NAV-lege og universitetslektor Njål Mæland oppsummerer tre ulike kommunikasjonsmodeller i artikkelen «Hvordan sier vi nei?» i *Utposten* (55): *Paternalistisk* stil der legen har høy kontroll og pasienten liten, *forbrukerlegen* der forholdet er omvendt, og til sist *gjensidighet* der begge parter har høy kontroll. Mæland skriver at sistnevnte er vist å være helsefremmende, gi økt etterlevelse og pasienttilfredshet, og minske helsebekymring. Strategiene vi har identifisert gir ulik grad av kontroll til pasienten, og det kan tenkes at noen strategier faller lettere for leger med en gitt kommunikasjonsstil. Likevel så vi at den enkelte lege individualiserte kommunikasjonsstilen, ga varierende mengde kontroll og tilpasset bruken av strategier til hver enkelt pasient. Et eksempel her er lege A, som blant annet vekslet mellom å bruke strategiene *å gi avslag* og *partnerskap og samvalg*.

Vi observerte at legens kommunikasjonsstil påvirket konsultasjonen også på andre måter. Noen brukte for eksempel gjennomgående lang tid på å forklare pasientene hva de mente, mens andre avviste eller unngikk diskusjon. Man må anta at legens stil og pasientens oppfatning av den også er med på å påvirke hvor tilfreds pasienten er med konsultasjonen. Strategiene vi har identifisert må sees i lys av dette.

Annen litteratur om strategier mot overutredning

Vi vil i det følgende drøfte våre funn opp mot annen forskning. Vi har identifisert relevante publikasjoner blant annet ved å utføre litteratursøk i Medline med søkeordene «general practice», «strategy», «overdiagnosis» og synonymer av disse.

Vent og se

Vent og se-strategien er som tidligere nevnt en velkjent strategi fra allmennpraksis (34;54). Når legen tar avgjørelsen om å «se det an», er det ofte kombinert med en plan om hva man skal gjøre avhengig av hvordan ting utvikler seg. Et vanlig råd til pasienten er «rekontakt ved forverring eller manglende bedring». «Watchful waiting» er et engelsk begrep som ofte brukes om *vent og se*. En nederlandsk studie fra 2009 undersøkte i hvilken grad allmennlegers test-bestillings-strategi (bestille blodprøver umiddelbart versus vente og se) overfor pasienter med medisinsk uforklarte symptomer påvirket pasienters tilfredshet med og angst etter konsultasjonen (56). Man kunne anta at *vent og se*-strategien ville føre til lavere tilfredshet og mere angst hos pasientene, men studien klarte ikke å påvise noen slik forskjell mellom de to strategiene. Dette stemmer godt overens med våre funn om at pasientene stort sett var tilfredse selv om legen benyttet seg av *vent og se*-strategien. En av pasientene i vår studie forklarte dette med at selv om man ble bedt om å vente, så var det ikke ensbetydende med at man ikke ble tatt på alvor.

I en studie fra USA av May et al. (57), studerte man konsultasjoner mellom primærleger og standardiserte pasienter der pasientene ba om henvisning til en bildeundersøkelse av lav diagnostisk nytte. Studien er basert på data fra en randomisert kontrollert studie som inkluderte en intervensjon der den ene gruppen av leger fikk styrket sin kompetanse innen pasientsentrert kommunikasjon og spesifikke kommunikasjonsmetoder for å hindre overutredning. Datamateriale fra studien ble blant annet brukt til å undersøke sammenhengen mellom primærlegenes bruk av forhåndsdefinerte kommunikasjonsmetoder, hvor pasientsentrert konsultasjonen var, og hvorvidt legen henviste. De fem typene kommunikasjonsmetoder var *normalisering, å berolige pasienter ved å peke på funn ved anamnesen eller undersøkelsen, å forklare at risikoen ved undersøkelsen er større enn nytten, å foreslå å vente og kun bestille undersøkelsen dersom symptomene vedvarer (watchful waiting), eller å foreslå evidensbaserte løsninger på pasientens bekymringer*. Mens generell

økt pasientsentrering ikke så ut til å ha noe å si for hvorvidt pasienten ble henvist, fant man derimot at hvis legen foreslo å vente og se, var dette assosiert med 39 % lavere sannsynligheten for henvisning.

Å gi avslag

En norsk publikasjon fra 2019 av Opdal et al., som også er referert i bakgrunnsdelen av denne oppgaven, omhandler dilemmaer knyttet til medisinsk overaktivitet i allmennpraksis (45). Artikkelen er basert på en fokusgruppestudie der allmennleger og turnusleger ble bedt om å dele sine erfaringer knyttet til overutredning, samt å diskutere mulige drivere og strategier for å unngå det. Å *sette ned foten* er blant de fire strategiene de legger fram. Det nevnes at strategien krever mot og tillit til egne vurderinger. Den brukes også noen ganger spontant i frustrasjon ovenfor pasienter som etterspør videre utredning. Disse forholdene går til en viss grad igjen i våre observasjoner der legen ga avslag. Vi opplevde at noen av pasientene som fikk avslag var svært tydelige når de ytret ønske om bildeundersøkelse, selv om det ikke forelå medisinsk indikasjon. Legene i vår studie fremstod likevel trygge på at undersøkelsene ikke var indisert når de avslo. Her må det tas i betraktning at fastlegene i vår studie var erfarne leger som kjente pasientene sine godt. Det er likevel en risiko for at pasienten kan føle seg avvist etter et slikt avslag selv om det ikke fremkom i vår studie. Samtidig kan man se for seg at det oppleves trygt for noen pasienter at legen fremstår sikker på at det ikke er grunn til bekymring eller videre utredning.

Flere av legene i vår studie pekte på manglende behandlingmessig konsekvens eller ulemper ved den aktuelle bildeundersøkelsen som en del av begrunnelsen for avslaget. Det å informere pasienten om ulempene ved en undersøkelse legger til rette for at pasienten kan forstå avgjørelsen bedre. En eldre amerikansk studie fra 1997 har undersøkt hvordan leger responderer på pasienter som ber om MR som ikke er medisinsk indisert (58). Legene ble presentert for en standardisert pasient med fatigue og ønske om MR for å utelukke MS. Alle legene som avviste pasientens ønske begrunnet dette overfor pasienten ved å vise til manglende indikasjon. Noen nevnte dessuten testens kostnad, ulemper ved undersøkelsen eller manglende behandlingmessig konsekvens. May et al. fant (57) likevel ingen effekt på henvisningsraten når legen brukte strategien med å forklare at fordelene ved testen ikke veier opp for risikoen den innebærer.

I noen tilfeller observert vi at legene kom pasienten i forkjøpet og avslo før et eventuelt

ønske om bildediagnostikk ble tatt opp. Her må vi ta i betraktning at legene visste at vi var der for å observere henvisning til bildeundersøkelser, og vi kan derfor ikke se bort fra at vi kan ha påvirket legene til å ta opp temaet i konsultasjonen. Vi fikk likevel ikke inntrykk av at dette alene var årsaken til at legene tok det opp, men at det heller fantes en underliggende tanke om at pasienten ønsket undersøkelsen. I tillegg kan en vurdering av bildediagnostikk uansett være naturlig når pasienter tar kontakt med muskelskjelettplager.

Det kan tenkes at å komme pasienten i forkjøpet er en tidsbesparende måte for legene å vise at de har tenkt på bildeundersøkelser og vurdert at det ikke var nødvendig. Vi observerte at pasientene fikk lite detaljerte begrunnelser når legene av slo på denne måten. Det kan hende at pasienter som hadde en forventning om bildeundersøkelse satt igjen med flere spørsmål etter en slik håndtering enn ellers. Om dette er tilfelle kom det likevel ikke fram i pasientintervjuene vi gjorde.

Viktigheten av å drøfte pasientenes forventninger er vektlagt i pasientsentrerte kommunikasjonsmodeller som for eksempel Calgary-Cambridge-modellen, den foretrukne konsultasjonsmodellen i norsk allmennmedisin (34). Det har også vært vist at pasientene blir mer fornøyde dersom perspektivet deres tas med i diskusjonen, selv om forventningene ikke innfris (43). Det finnes likevel forskning som viser at allmennleger vegrer seg for å ta opp pasientens forventninger. En britisk kvalitativ studie har sett på hvordan allmennleger håndterer pasienters forventninger om antibiotika ved øvre luftveisinfeksjoner (59). Man fant her at legene antok at pasientene ønsket antibiotika, men at de unnlot å spørre pasientene direkte om de forventet det, fordi de var redd det ville øke risikoen for konfrontasjon. I stedet forsøkte legene indirekte å ta rede på pasientenes forventninger under konsultasjonen. Deretter argumenterte de for hvorfor de mente antibiotika ikke var indisert, blant annet ved å fortløpende fortelle om negative funn under undersøkelsen. Denne strategien har likhetstrekk med det vi observerte som «å komme pasienten i forkjøpet», og kan kanskje relateres til at legene ønsket å unngå konfrontasjon.

[Forklare diagnostisk tankegang](#)

Strategien med å forklare diagnostisk tankegang gjenfinner vi hos May et al. (57), der den beskrives som å berolige pasienten ved å peke på spesifikke sider ved anamnesen eller undersøkelsen. Studien viste ingen sikker effekt av denne strategien på henvisningsraten. Å inkludere pasienten i tankegangen kan likevel bidra til å skape en felles forståelse mellom

lege og pasient (34). Det å forklare til pasienten hva man tenker, finner vi også i en kjent allmennmedisinsk teknikk, beskrevet i boken *Allmennmedisin*, kalt vegskilting (signposting). Dette går ut på at legen gir signaler til pasienten om hva som skal skje videre i konsultasjonen. Dermed blir pasienten delaktig, legen kan tenke høyt med pasienten, det blir lett å be om tillatelse og strukturere konsultasjonen på en åpen måte. Å benytte seg av vegskilting kan bidra til å unngå misforståelser, særlig ved samtale om sensitive temaer (34).

Foreslå et alternativ

Også denne strategien gjenfinnes i litteraturen. Opdal et al. nevner *forhandling* som en mulig strategi for å hindre overutredning (45). Med det menes å tilby en mindre avansert undersøkelse enn det pasienten ber om – for eksempel røntgen eller blodprøver i stedet for MR. I studien påpekes det at strategien kan oppleves frustrerende for legen dersom kompromisset de kommer frem til heller ikke er medisinsk relevant. Metoden gir likevel grunnlag for videre kommunikasjon med pasienten. Vi fikk ikke inntrykk av at legene i vår studie uttrykte frustrasjon ved bruk av denne strategien, noe som kan handle om at de tilbød alternativer som de anså som gode og medisinsk indiserte løsninger. Vi så at et tverrfaglig samarbeid ved det ene legekantoret gjorde at henvisning til fysioterapeut fremstod som et godt alternativ som legene følte seg trygge på. Det medførte også at pasienten forble i primærhelsetjenesten, noe som er i tråd med prinsippet med at pasienten skal ivaretas på lavest mulig omsorgsnivå i helsetjenesten (LEON-prinsippet) (60). May et al. (57) har vurdert en lignende strategi som innebærer å møte pasientens bekymringer ved å foreslå løsninger som er medisinsk indiserte, i stedet for å henvise til undersøkelsen pasienten ber om. De fant imidlertid ingen sikker effekt av denne strategien på henvisningsraten.

Å rådføre seg

Å spørre en kollega dersom man er i tvil, er vanlig praksis i legeyrket. Morgan et al. presenterer dette som en metode for å håndtere usikkerhet i allmennpraksis (54). Også i vår studie så det ut til at legene brukte denne strategien først og fremst for å håndtere egen usikkerhet. I en tysk kvalitativ studie av Alber et al. (61), som først og fremst har identifisert drivere for overforbruk i allmennpraksis, har de også foreslått overordnede strategier for kvartærforebygging i primærhelsetjenesten. Ett av tiltakene de foreslår er å generelt sett redusere diagnostisk usikkerhet hos leger. I tillegg til at legene blir sikrere i sin sak, kan det tenkes at å ha støtte fra en kollega gir legene noe større slagkraft i et eventuelt avslag, på samme måte som når de viser til faglige autoriteter.

Partnerskap og samvalg

Samvalg er det norske begrepet for *shared decision making*, og innebærer at lege og pasient tar felles beslutninger basert på forskningsbasert kunnskap, begges erfaringer og pasientens preferanser (62). Den strategien vi har valgt å kalle *partnerskap og samvalg* innebærer nettopp å ta med pasienten i vurderingen av hvorvidt de skal utredes videre, og forutsetter åpenhet rundt faktorer som taler for og mot slik at pasienten kan ta et informert valg. Dette ligner også den strategien som ble foreslått som den mest lovende av Opdal et al.: *Å dele medisinsk usikkerhet og feilbarlighet med pasienter og kolleger* (45). Dette inkluderte å drøfte for eksempel faren for falske positive funn, risiko for skade ved flere tester, at sykdom ikke kan utelukkes og så videre, for så å sammen med pasienten sette streken mellom nyttige og meningsløse undersøkelser. Vi har i vår analyse skilt ut denne strategien på grunn av samvalget og muligheten pasienten får til å påvirke resultatet. Noen av elementene som Opdal et al. nevner under denne strategien kan gjenfinnes i de andre kategoriene våre, som å dele diagnostisk tankegang eller peke på ulemper. Det sistnevnte observerte vi oftest når legene ga avslag. Alber et al. har også foreslått samvalg som tiltak for kvartærforebygging i allmennpraksis (61). I vår studie så vi at pasientautonomien i stor grad ble ivaretatt ved bruk av denne strategien, samtidig som legen fikk rom for å komme med sine tanker om hvorfor undersøkelsen ikke nødvendigvis var et riktig valg.

Vise til faglige autoriteter

Å *vise til faglige autoriteter* ser ut til å være en måte for legene å underbygge eller begrunne beslutningen om å ikke henvise til undersøkelse. Samtidig som de gjør det klart at de har faglig grunnlag for et avslag, legger de «skylden» for avslaget hos en annen person eller instans enn seg selv. Det kan tenkes at dette gjør det lettere for legen å beholde rollen som pasientens lagspiller og unngå konfrontasjon. Nasjonale retningslinjer kan antageligvis forebygge overforbruk av helsetjenester på flere måter. I tillegg til at retningslinjene i seg selv kan ha som formål å sikre riktig utredning og prioritering av ressurser (21), er det også pekt på nytten av å ha noe å vise til ovenfor pasienten (6).

Normalisering, trygging og anerkjennelse

Vi så at fastlegene i vår studie var opptatt av å både normalisere det å for eksempel ha smerter etter et traume å finne uregelmessigheter på for eksempel MR-bilder ved økende alder. Normalisering er en av strategiene som ble testet av May et al. (57), og ble i ikke vurdert til å

ha noen sikker effekt på testbestillingsutfall. Uavhengig av om dette bidrar til å minske antall undersøkelser som blir gjort, kan man se for seg at det øker forståelsen hos pasienten av at funn på bildeundersøkelser ikke nødvendigvis indikerer behandlingstrengende sykdom. På den andre siden kan det hende at pasienten føler seg avleid om legen kun normaliserer plagene og ikke viser på andre måter at de tar pasienten på alvor (63).

Det er forståelig at pasienter kan føle bekymring rundt kroppslige plager, og dermed ønsker en bildeundersøkelse for å for eksempel utelukke alvorlig sykdom. Det at legen bruker tid på å trygge pasienten og forklare at slik sykdom er lite sannsynlig, kan tenkes å bidra til å senke pasientens opplevde behov for videre utredning, og dermed hindre et overforbruk.

Ved å anerkjenne pasientens smerte, bekymringer eller ønsker, viser legen at de tar dem på alvor. Man viser empati ved å anerkjenne noens problemer og følelser og å formidle at man forstår (34). Vi har slått sammen disse tre strategiene til en kategori fordi vi antar at normalisering ofte er en form for trygging og at trygging og anerkjennelse er en måte å pasientsentrere kommunikasjonen.

Legeforeningen er blant dem som ønsker å identifisere årsaker til overdiagnostisering, og det er lagt vekt på at samtalen mellom legen og pasienten skal være et verktøy for å oppnå riktigere nivå på utredningen (64). Som tidligere nevnt har det vist seg at testbestillingsstrategi, til sammenligning med kun «watchful waiting», ikke påvirker pasientens tilfredshet eller angst etter konsultasjonen. I stedet har det vist seg at spesifikke aspekter ved lege-pasient-kommunikasjon er viktige, og at primærleger undervurderer hvor mye de kan bidra til pasientens trivsel ved å diskutere bekymringene deres (56). God kommunikasjon er med andre ord et viktig og noe undervurdert redskap i allmennpraksis som kan påvirke pasientenes innstilling til legens avgjørelser. Blant primærleger i USA er det vist at pasientsentrert kommunikasjon er assosiert med færre utgifter til diagnostisk testing, men også med økt besøkslengde (65).

Å utvide perspektivet

Vi vil i tillegg drøfte strategien «å utvide perspektivet» som ble foreslått av Opdal et al. (45). Strategien går ut på å diskutere med pasientene om problemene deres kan håndteres på andre måter enn rent biomedisinsk, gjerne ved å drøfte om psykososiale faktorer kan ha en innvirkning. Vi fant ikke denne strategien i datamaterialet i studien vår. Det kan være flere

årsaker til dette. Utvalget består av et begrenset antall konsultasjoner, og det kan være tilfeldigheter som gjør at legene ikke oppfattet at det var en slik årsaksmekanisme til stede hos disse pasientene, eller at de kjente pasientene så godt fra før at informasjonen var innforstått mellom lege og pasient. I tillegg drøftes det i studien at denne strategien gjerne avvises av pasientene. Det kan tenkes at legene valgte å ikke gå inn i en sårbar diskusjon med pasienten med oss til stede.

Betydningen av lege-pasient-forholdet

Et funn som overrasket oss i vår studie var at alle pasientene fremstod fornøyde selv om deres ønske om henvisning til bildediagnostikk ble avvist. Det virket heller ikke som om legens kommunikasjonsstil var avgjørende for om pasienten ble tilfreds eller ikke. For eksempel var noen leger ganske direkte og korte i sine avslag uten at pasienten ytret misnøye med legen eller legens beslutning i det påfølgende intervjuet. Vi så at faktorer knyttet til et langvarig forhold mellom lege og pasient påvirket både dialogen i, og opplevelsen av, konsultasjonen for begge parter. I intervjuene ble alle pasientene spurt om hva de tenkte om legens avgjørelse, og mange ga da spontant uttrykk for at de stolte på fastlegen, at de følte seg trygget på legens avgjørelse eller at de visste at legen tok dem på alvor og at de eventuelt kunne ta ny kontakt hvis situasjonen endret seg. Dette funnet er i tråd med nylige brukerundersøkelser som viser at folk flest er fornøyd med fastlegen sin (66).

Det å etablere et tillitsfullt lege-pasient-forhold er blant de viktigste poengene i Alber et als forslag til overordnede kvartærforebyggende tiltak i allmennpraksis (61). De nevner fire betydningsfulle faktorer: Fokus på et langvarig forhold mellom lege og pasient, å ta avgjørelser i fellesskap, forbedre kommunikasjonsferdigheter som empati og å ha en helhetlig pasientvurdering som inkluderer pasientens sosiale bakgrunn. I vår studie fikk vi også inntrykk av at tillitsfulle og langvarige lege-pasient-forhold hadde en innvirkning på utfallet av konsultasjonen. Dette utspilte seg på ulike måter.

I kasus 8 der pasienten gråter og har sterke ryggsmarter, kommenterer legen selv betydningen av at han kjenner pasienten. Han nevner både at det ville vært en mer krevende konsultasjon for en vikar og at det antagelig ville endt med en innleggelse. Vi ser også at til tross for at pasienten hadde tenkt på MR i forkant, er hun fornøyd selv om hun ikke får det. Dette begrunner hun selv i den gode relasjonen med legen.

Vi vet at kjennskap til pasienten gjør det lettere for legen å fange opp og tolke ikke-verbal kommunikasjon, og at det blir lettere for pasienten å ta opp vanskelige temaer uten bekymring rundt konfidensialitet og personvern (34). Tiden kan også utnyttes på en bedre og mer effektiv måte. Det er også vist at en fast lege fører til færre tilleggsundersøkelser og medikamentutskrivninger, og at pasientene følger medisinske råd bedre (34). Det finnes også forskning som viser at å ha en fast lege over tid er assosiert med redusert dødelighet hos pasienten (31).

I materialet vårt ser vi også at legene bruker sin kjennskap til pasienten som person for å tilpasse strategiene de bruker. I kasus 6 med pasienten som «bestiller» en ny MR på grunn av sine nakkeplager, sier lege A i intervjuet at hun kjenner pasienten godt og vet at han er veldig bekymret. I konsultasjonen ser vi at hun bruker mye tid på å trygge ham og forklare hvorfor han ikke trenger å bekymre seg for at det er noe nytt. Dette sier hun selv om det ikke kommer frem at han er bekymret for kreft. Legen avslår pasientens ønske om MR, men likevel sier pasienten i intervjuet at han ikke er misfornøyd, han har kjent legen lenge og føler seg trygg. Relasjonen ser her ut til å bidra til at han føler seg beroliget etter legetimen og er fornøyd uten å ha fått MR-undersøkelsen han etterspurte initialt.

Et langvarig lege-pasient-forhold er likevel ikke ensbetydende med at legen har god kunnskap om og kjennskap til pasienten. En norsk studie som inkluderer intervjuer av ni allmennpraktikere, viser begrensninger i helsepersonells fremkalling av kunnskap om sine pasienter som personer (67). Et langvarig forhold mellom lege og pasient ser ikke ut til å kunne sikre at legene samler opp fakta om pasienten og dennes livserfaringer. Slik informasjon kan være avgjørende for pasientens helse og behandling, og burde for eksempel kunne videreformidles dersom vedkommende skal behandles av annet helsepersonell. På den andre siden viser studien at et langvarig forhold gjør det mulig for fastleger å identifisere og sette ord på pasientenes personlige egenskaper. I en studie knyttet til rehabiliteringsavdelingen ved et sykehjem, ble det vist at de fastlegene som hadde mer personrelatert kunnskap om sine pasienter i større grad kunne formulere anbefalinger til rehabiliteringen som stemte overens med pasientens uttrykte ønsker og behov.

I Kasus 7 ser vi tydelig at pasienten har stor grad av tillit til fastlegen sin. Han understreker at han er veldig fornøyd med legetimen og legger til og med til at «[Lege C] er gud». Selv om et

tillitsfullt forhold til fastlegen har mange fordeler kan det også være ulemper knyttet til at en pasient stoler blindt på fastlegen sin. Som mennesker er ingen leger ufeilbarlige, og kritiske spørsmål fra pasienten kan tenkes å være nyttige i noen situasjoner. Dette er bakgrunnen for publikumsdelen av «Gjør kloke valg»-kampanjen der pasientene blir oppfordret til å stille legen kritiske spørsmål blant annet for å sikre bedre samvalg: Hvorfor må jeg ta denne testen/behandlingen? Hva er risiko og bivirkninger? Hva skjer om jeg ikke gjør det? Finnes det alternativ? (47)

Fastlegene vi observerte var i stor grad svært erfarne leger. Fastlegekontorene var begge svært stabile og har ikke hatt stor utskiftning av leger. Lege-pasient-forholdene var gjennomgående veldig lange og stabile, med gjennomsnitt på 15 år, median 17,5 år. Det kan tenkes at dette gjør betydningen av lege-pasient-forholdet spesielt tydelig. Til sammenligning var medianvarigheten av en fastlegeavtale i Norge 5,9 år i 2015 – varierende fra 2,8 år i de minste kommunene til 8,4 år i de største kommunene (68). Hadde legene vært gjennomgående mer ferske og lege-pasient-forholdene mer flyktige, ville vi kanskje ikke sett den samme effekten i like stor grad. Vi kan likevel ikke utelukke at pasientene hadde vært fornøyd også med leger de ikke hadde kjent like lenge.

Fastlegeordningen tilrettelegger som kjent for langvarige lege-pasient-forhold. I 2018 svarte 22 % av norske fastleger på trønderopprørets spørreundersøkelse, der de ble bedt om å registrere arbeidsoppgaver og arbeidstid i løpet av en typisk dag i sin praksis (40). Legene ble blant annet spurt om de i kraft av sin kjennskap til pasienten hadde funnet et godt alternativ til innleggelse i sykehus eller henvisning til poliklinisk vurdering i andrelinjetjenesten. Svarene viser at dette skjedde i gjennomsnitt henholdsvis 1 og 2 ganger i løpet av registreringsdagen. Legene hadde i gjennomsnitt 20 konsultasjoner i løpet av dagen. En norsk tverrsnittstudie fra 2013 konkluderer med at kontinuitet i lege-pasient-forholdet i allmennpraksis er assosiert med redusert henvisning til poliklinikker og innleggelser på sykehus (69). Dette stemmer overens med vårt inntrykk av at fastlegeordningen kan legge til rette for at legene lettere kan oppnå felles forståelse med pasientene og kanskje i større grad unngå overutredning med bildediagnostikk.

Metodediskusjon

Deltagende observatør

Ved observasjonsstudier er det en fordel å være kjent med feltet man skal observere, og vi hadde klare fordeler av å være medisinstudenter som har kjennskap til allmennpraksis og til medisinsk fagterminologi. Samtidig er det viktig å være bevisst på faktorer som kan påvirke resultatet. *Forskningseffekt* er en slik faktor og handler om at de som blir observert kan reagere annerledes enn de ville gjort hvis observatøren ikke var til stede (51). I vår studie var legene vi observerte på forhånd informert om formålet med studien, og dette kan ha gjort dem mer bevisste på å unngå overutredning og/eller opptre mer «korrekt» i møte med pasienten. Samtidig var noen av dem også vant til legestudenter fra tidligere, og ingen av dem fremstod åpenbart ukomfortable med å ha oss til stede. Noen av legene hadde vi personlige relasjoner til og kjente godt, mens andre var ukjente. Vi har vært bevisste på dette, men har ikke klart å identifisere noen åpenbare forskjeller i datamaterialet på bakgrunn av dette. Pasientene ble intervjuet alene etter konsultasjonen, og ble forsikret om at fastlegen ikke ville få vite hva de sa. Det er likevel mulig at de ikke har følt seg trygge nok til å være kritiske til fastlegens håndtering ansikt til ansikt med en medisinstudent. Vi ble overrasket over hvor få av pasientene som hadde noe å utsette på legens avgjørelser og de fleste uttrykte stor tilfredshet med fastlegen selv der legen ikke henviste videre. Samtidig fikk vi inntrykk av at pasientenes utsagn og begeistring for fastlegen kom spontant. Et par pasienter ga også uttrykk for noe misnøye vedrørende deler av fastlegens avgjørelser eller håndtering, noe som kan tyde på at vi har klart å skape et trygt rom som åpnet for slike tilbakemeldinger.

Vi medvirket i studien som deltagende observatører, og vår innvirkning på forskningsprosessen er dermed uunngåelig, men vanskelig å vite sikkert hvordan slår ut. Vår deltagelse var begrenset til noe interaksjon med leger og pasienter når disse henvendte seg til oss med spørsmål. Vi fikk ikke inntrykk av at vi ikke forstyrret konsultasjonene i nevneverdig grad, da lege og pasient hadde hovedfokus på hverandre. En britisk studie underbygger dette. Studien viste at kvaliteten på konsultasjoner i allmennpraksis ikke ble påvirket av medisinstudenters tilstedeværelse (70).

Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet

Ifølge Aksel Tjora blir kvaliteten på kvalitativ forskning hovedsakelig vurdert etter pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet (51). Gyldighet handler ifølge Tjora om at

prosjektets oppbygning og funn skal ha en logisk sammenheng med spørsmålene man søker svar på. De skal være relevante eller representative for fenomenet man undersøker. Som en følge av dette kan man forvente at resultatet og fortolkningene i studien kan være overførbare til lignende situasjoner eller kontekst, at studien er generaliserbar. En av betingelsene for gyldigheten til en studie er pålitelighet. Pålitelighet handler ifølge Tjora om intern logikk eller sammenheng i hele forskningsprosjektet. Vi har fokusert på å ha god transparens i hvordan vi har samlet og analysert data for å opprettholde disse faktorene. Mens påliteligheten og gyldigheten reflekterer hvor gode valg som tas ved gjennomføringen av studien, handler transparens om hvor godt disse valgene formidles i forskningsrapportering. For å opprettholde transparens har vi siktet på at leserne skal få et så godt innblikk i forskningen at de kan ta stilling til forskningens kvalitet. Vi har systematisk registrert valg, endringer og lignende underveis i prosjektet, og presentert empiriske data og hvordan analysen av disse er gjennomført.

For å ta hensyn til gyldighet i studien vår har vi brukt triangulering av ulike kilder til data for å få et bredest mulig bilde og for å få med ulike nyanser. Triangulering innebærer å beskrive virkeligheten fra ulike ståsteder, at man setter sammen ulike kilder til kunnskap til et større, helhetlig bilde av virkeligheten. Vi har søkt etter og studert eksisterende forskning på feltet og sammenstilt dette med våre egne funn i resultatdiskusjonen.

For å styrke påliteligheten har vi redegjort for hvordan intervjuer og utdrag fra observasjoner er valgt ut. Under «Analyse av data» i materiale og metode-delen har vi beskrevet hvordan analysemetoden vår var inspirert av en fortolkende fenomenologisk tilnærming (51). Vi har også gjort rede for hvordan rekrutteringen av deltagere har foregått ved å benytte våre og veileders personlige kontakter innenfor allmenntidning.

Fastlegekontorene som deltok lå som nevnt begge i storby med nærhet til både privat og offentlig bildediagnostikk, og besto i stor grad av svært erfarne fastleger. Studien kan derfor være særlig overførbart til andre erfarne fastleger i større byer, og i mindre grad til fastleger i distrikt. Resultatene kan likevel tenkes å være nyttige for alle fastleger fordi mange av strategiene vi har identifisert er universelle og noe alle kan bruke uavhengig av erfaring, utstyr og beliggenhet.

Som nevnt i metodedelen valgte vi å notere for hånd under datainnsamlingen. Dette kan til en viss grad medføre unøyaktigheter i materialet vårt.

I empirisk forskning må tolkning av data følges av en form for refleksjon over hvordan denne tolkningen framkommer (51). Vi har reflektert over hvordan egne subjektive tanker og bakgrunn (ofte referert til som forforståelse) påvirker tolkningen vår av materiale. Som observatører skulle vi både oppfatte og tolke verbal og non-verbal kommunikasjon, noe som skaper rom for misforståelser og/eller mistolkninger. Vi var to observatører, og kan ha vektlagt noe ulikt hva vi fokuserte på. Sammen med veileder analyserte vi dataene hver for oss i første omgang før vi sammenstilte og diskuterte funnene. Ifølge Tjora (51) økes refleksiviteten dermed ved at den dyrkes fram via dialog mellom ulike deltagere som er godt innforstått med empiriske, metodologiske og teoretiske forutsetninger i studien. Ettersom analysen ble utført av to medisinstudenter og en lege, er det en fare for at analysen kan bli preget av for stor innforståthet eller sympati med legene. Vi har vært oppmerksomme på dette og forsøkt å ta høyde for det i våre tolkninger.

Kategorisering av strategier

Kategorisering er et nyttig verktøy når det gjelder å kartlegge, systematisere og beskrive observerte fenomener som kan være nyttig i klinisk praksis. I denne studien har vi hatt som mål å kategorisere strategier som fastleger bruker for å unngå unødvendige henvisning til bildediagnostikk. Det er noen utfordringer knyttet til å begrepsfeste og plassere observerte fenomener i kategorier. Vi opplevde iblant utfordringer i analysearbeidet, blant annet knyttet til overlappende kategorier. En annen fare ved kategorisering er faren for mistolkninger, det vil si at resultatet ikke er valid. Vi har forsøkt å ta høyde for dette under analysene i den grad det var mulig.

Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å identifisere hvilke strategier fastleger bruker i møtet med pasienters forventninger om bildeundersøkelser som ikke er strengt medisinsk indisert. Gjennom pasientintervjuer ønsket vi å utforske pasientens opplevelse av de ulike strategiene. Vi har ikke fått frem tydelige forskjeller i hvilke strategier som i størst grad førte til felles forståelse, og våre data kan heller ikke si noe sikkert om i hvilken grad strategiene kan hindre overutredning.

I studien vår identifiserte vi 8 ulike kategorier av strategier som ble kombinert av legene på ulike måter. Strategiene var *a) Vent og se*, *b) Å gi avslag*, *c) Forklare diagnostisk tankegang*, *d) Foreslå et alternativ*, *e) Å rådføre seg*, *f) Partnerskap og samvalg*, *g) Vise til faglige autoriteter*, *h) Trygging, normalisering og anerkjennelse*. Flere av disse er gjenkjennbare som allmennmedisinske arbeidsmetoder eller kommunikasjonsformer utenfor den spesifikke konteksten vi har studert. Noen finner vi også igjen i litteraturen om kommunikasjonsstrategier for å hindre overutredning i allmennpraksis. Til sist så vi at faktorer knyttet til et langvarig forhold mellom lege og pasient tilsynelatende påvirket både kommunikasjonen og opplevelsen av konsultasjonen for begge parter. Tre forhold pekte seg ut: Pasienten hadde bygget opp tillit til legen over tid, legen kjente sykehistorien til pasienten og legen kjente pasienten som person. Vårt inntrykk er at disse forholdene kan bidra til å gjøre det enklere å oppfylle portvokterrollen, å oppnå felles forståelse med pasientene og å håndtere problemstillinger på en mer effektiv og ressursbesparende måte.

Funnene våre kan gi grunnlag for videre forskning – for eksempel kunne det vært interessant å undersøke effekten av strategiene, og sammenstille medisinsk indikasjon, valg av strategi og resultat av konsultasjonen. Når det kommer til implikasjoner for klinisk praksis, ser vi for oss flere bruksområder. Vi håper først og fremst at våre funn kan være til nytte og inspirasjon for leger som ønsker å utvide sitt repertoar av strategier i møte med lignende problemstillinger. Vi anser det som vesentlig at leger utvikler strategier som kan bidra til å få pasientene med på et resonnement rundt - og felles forståelse av viktigheten ved - å unngå henvisning til unødvendig bildediagnostikk. I tillegg ser vi for oss at strategiene kan brukes i undervisningsøyemed for eksempel som utgangspunkt for diskusjon mellom studenter. Til sist håper vi våre funn om lege-pasient-forholdet kan danne basis for refleksjon rundt betydningen av å ha en fast lege over tid for å hindre overforbruk av helsetjenester.

Referanser

1. Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C, O'Sullivan JW, Aronson JK, Woloshin S. Overdiagnosis: what it is and what it isn't. *BMJ Evid Based Med* 2018;23:1-3.
2. Case RAM, Lea AJ. Mustard Gas Poisoning, Chronic Bronchitis, and Lung Cancer. *Br J Prev Soc Med* 1955;9(2):62-72.
3. Too Much Medicine [Internett]. *British Medical Journal* [oppdatert 2020; lest 17.03.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.bmj.com/too-much-medicine>
4. Grady D, Redberg RF. Less Is More: How Less Health Care Can Result in Better Health. *Arch Intern Med* 2010;170(9):749-50.
5. Roksund G, Brodersen J, Johnson GE, Hjørleifsson S, Laudal M, Swensen E. Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016;136:1903-5.
6. For mye, for lite eller akkurat passe? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten. [Internett]. Oslo: Den Norske Legeforening, [lest 21.05.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/rapporter/for-mye-for-lite-eller-akkurat-passe/>
7. Carter S, Rogers W, Heath I, Degeling C, Doust J, Barratt A. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *BMJ* 2015;350:h869.
8. Norman AH, Tesser CD. Quaternary prevention: a balanced approach to demedicalisation. *Br J Gen Pract* 2019;69(678):28-9.
9. Singh H, Dickinson JA, Thériault G, Grad R, Groulx S, Wilson BJ, et al. Overdiagnosis: causes and consequences in primary health care. *Can Fam Physician* 2018;64(9):654-9.
10. Park S, Oh C-M, Cho H, Lee JY, Jung K-W, Jun JK, et al. Association between screening and the thyroid cancer “epidemic” in South Korea: evidence from a nationwide study. *BMJ* 2016;355:i5745.
11. Krefregisteret. Mammografiprogrammet [Internett]. Oslo: Krefregisteret [oppdatert 18.05.20; lest 21.05.20]. Tilgjengelig fra: <https://www.krefregisteret.no/screening/Mammografiprogrammet/>
12. Norges Forskningsråd. Research-based evaluation of the Norwegian Breast Cancer Screening Program [Internett]. Oslo: Norges Forskningsråd, [lest 21.05.20]. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsradet.no/om->

[forskingsradet/publikasjoner/2015/research-based-evaluation-of-the-norwegian-breast-cancer-screening-program/](https://www.forskingsradet.no/publikasjoner/2015/research-based-evaluation-of-the-norwegian-breast-cancer-screening-program/)

13. Solberg A, Angelsen A, Berge V, Lilleby W, Iversen JR, Klepp O, et al. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av prostatakreft, 3.1 Screening for prostatakreft i den generelle befolkningen [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 13.07.15; lest 21.05.20]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/prostatakreft/3-screening-og-tidlig-p%C3%A5visning/3.1-screening-for-prostatakreft>
14. Froom P, Benbassat J. Inconsistencies in the Classification of Preventive Interventions. *Prev Med* 2000;31(2 pt 1):153-8.
15. Nylenna M. Medisinsk Ordbok [Internett]. Oslo: Kunnskapsforlaget [lest 21.05.20]. Tilgjengelig fra: <https://www.ordnett.no/>
16. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag* 2015;4(2):61-4.
17. Kuehle T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Primary Care* 2010;18:350-4.
18. Jamouille M. Information et informatisation en médecine générale. I: Berleur J, Lobet-Maris C, Poswick R, Vealenduc G, red. Colloque Les informa-g-iciens. Namur, Belgia: Presses universitaire de Namur; 1986. s. 193-209.
19. Wonca International Dictionary for General/Family Practice. København: Wonca International Classification Committee; 2003. Quaternary Prevention; s. 115.
20. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av bruken av poliklinisk bildediagnostikk. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2017 [Internett]. Oslo: Riksrevisjonen [lest 21.05.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2016-2017/bruken-av-poliklinisk-bildediagnostikk/>
21. Sharma S, Bjørnara BT, Robinson HS, Hjemly H, Hammerlund K, Myrseth LE, et al. Nasjonal faglig retningslinje for bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser. Anbefalinger for primærhelsetjenesten [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet [lest 21.05.20]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/bildediagnostikk-ved-ikke-traumatiske-muskel-og-skjelettlidelser>

22. Gransjøen A, Wiig S, Lysdahl K, Hofmann B. Barriers and facilitators for guideline adherence in diagnostic imaging: an explorative study of GPs' and radiologists' perspectives. *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):556.
23. Weber C, Behbahani M, Baardsen R, Lehmborg J, Meyer B, Shiban E. Patients' beliefs about diagnosis and treatment of cervical spondylosis with radiculopathy. *Acta Neurochir (Wien)* 2017;159(12):2379-84.
24. Bale M, Aksnes JB, Holsen M, Osvoll KI, Bedane HK. Helseatlas i ortopedi for Noreg [Internett]. Førde: Helse Førde [oppdatert 11.01.19; lest 21.05.20]. Tilgjengelig fra: <https://helseatlas.no/atlas/138/details>
25. Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, Itälä A, Joukainen A, Nurmi H, et al. Arthroscopic Partial Meniscectomy versus Sham Surgery for a Degenerative Meniscal Tear. *N Engl J Med* 2013;369(26):2515-24.
26. Thorlund J, Juhl C, Roos E, Lohmander L. Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. *BMJ* 2015;350:h2747.
27. Kise NJ, Risberg MA, Stensrud S, Ranstam J, Engebretsen L, Roos EM. Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomised controlled trial with two year follow-up. *BMJ* 2016;354:i3740.
28. Siemieniuk R, Harris I, Agoritsas T, Poolman R, Brignardello-Petersen R, Van de Velde S, et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee arthritis and meniscal tears: a clinical practice guideline. *BMJ* 2017;357:j1982.
29. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
30. EY og Vista Analyse. Evaluering av fastlegeordningen [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet [lest 21.05.20]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/fastlegeordningen-er-evaluert/id2667485/>
31. Gray DJP, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans P. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018;8(6):e021161.
32. Helsedirektoratet. Fastlegestatistikk 2018 [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet [lest 15.03.20]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk#fastlegestatistikk-2018>

33. Gaardsrud PØ. Fastlegestatistikk 2018 hovedtall [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet [lest 15.03.20]. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk/hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202018-4.pdf/>
34. I: Hunskaar S, red. Allmenntidning. 3 utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013. s. 40-103.
35. Mjølstad BP. Flott å være spesialist på det vanlige [Internett]. Dagens Medisin [oppdatert 03.03.20; lest 17.03.20]. Tilgjengelig fra:
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/03/03/flott-a-vare-spesialist-pa-det-vanlige/>
36. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 6. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999.
37. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961;265:885-92.
38. Statistisk sentralbyrå. Allmenntidning [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 13.06.19; lest 15.03.20]. Tilgjengelig fra:
<https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>
39. Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? Tidsskr Nor Legeforen 2002;122:1874-9.
40. Johnsen TM, Berge V, Høivik F, Agdestein C, Grønseth IM, Krogh HH, et al. Trønderopprørets fastlegeundersøkelse og helsemedarbeiderundersøkelse [Internett]. Trondheim: Fastlegeordningen 2.0 Trønderopprøret [lest 21.05.20]. Tilgjengelig fra:
<https://www.flo20.no/undersokelsen/>
41. Strand R, Schei E. Gjør kunnskap vondt? Tidsskr Nor Legeforen 2001;121(12):1502-6.
42. Carlsen B, Norheim OF. "Saying no is no easy matter" a qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. BMC Health Serv Res 2005;5:70.
43. Paterniti DA, Fancher TL, Cipri CS, Timmermans S, Heritage J, Kravitz RL. Getting to "no": Strategies primary care physicians use to deny patient requests. Arch Intern Med 2010;170(4):381-8.
44. Nilsen S, Malterud K. What happens when the doctor denies a patient's request? A qualitative interview study among general practitioners in Norway. Scand J Prim Health Care 2017;35(2):201-7.

45. Opdal PØ, Meland E, Hjörleifsson S. Dilemmas of medical overuse in general practice – A focus group study. *Scand J Prim Health Care* 2019;37(1):135-40.
46. ABIM Foundation. Choosing Wisely - Our Mission [Internett]. Philadelphia: ABIM Foundation [lest 21.05.20]. Tilgjengelig fra: <https://www.choosingwisely.org/our-mission/>
47. Gjør kloke valg [Internett]. Kloke valg [lest 12.05.20]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/>
48. Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering. Fagmedisinske anbefalinger - Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering: Kloke valg [lest 13.03.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/anbefalinger/fagmedisinske-anbefalinger/norsk-forening-for-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/>
49. Norsk radiologisk forening. Fagmedisinske anbefalinger - Norsk radiologisk forening: Kloke valg [lest 21.05.20]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/anbefalinger/fagmedisinske-anbefalinger/norsk-radiologisk-forening/>
50. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res* 2015;26(13):1753-60.
51. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 3 utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
52. Pietkiewicz I, Smith JA. A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychological journal* 2014;20(1):7-14.
53. Prydz P, Malterud K. Allmennlegenes verbale verktøykasse. *Utposten* 2018;47(1).
54. Morgan S, Chan M, Starling C. Starting off in general practice – consultation skill tips for new GP registrars. *Aust Fam Physician* 2014;43(9):645-8.
55. Mæland NF. Hvordan sier vi nei? *Utposten* 2019;48(4).
56. van Bokhoven MA, Koch H, van der Weijden T, Grol RP, Kester AD, Rinkens PE, et al. Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. *Ann Fam Med* 2009;7(2):112-20.
57. May L, Franks P, Jerant A, Fenton J. Watchful Waiting Strategy May Reduce Low-Value Diagnostic Testing. *J Am Board Fam Med* 2016;29(6):710-7.
58. Gallagher TH, Lo B, Chesney M, Christensen K. How do physicians respond to patient's requests for costly, unindicated services? *J Gen Intern Med* 1997;12(11):663-8.

59. Mustafa M, Wood F, Butler CC, Elwyn G. Managing Expectations of Antibiotics for Upper Respiratory Tract Infections: A Qualitative Study. *Ann Fam Med* 2014;12(1):29-36.
60. St. meld. nr. 9 (1974-1975). Om sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen. Oslo: Sosialdepartementet; 1975.
61. Alber K, Kuehlein T, Schedlbauer A, Schaffer S. Medical overuse and quaternary prevention in primary care – A qualitative study with general practitioners. *BMC Fam Pract* 2017;18:99.
62. Kunnskapsbasert praksis, 5.2. Samvalg [Internett]. Oslo: Helsebiblioteket, Folkehelseinstituttet [oppdatert 24.01.20; lest 21.05.20]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/249265.cms>
63. Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract* 2004;54(500):165-70.
64. Storvik AG. Legene går til kamp mot unødvendige undersøkelser. *Dagens Medisin* 12.03 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/03/12/legene-gar-til-kamp-mot-unodvendige-undersokelser/>
65. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, et al. Patient-Centered Communication and Diagnostic Testing. *Ann Fam Med* 2005;3(5):415-21.
66. Iversen H, Bjertnæs Ø, Holmboe O. Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/19. Pasopp-rapport nr 2019: 1. Oslo: Folkehelseinstituttet [lest 21.05.20]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2019/pasienterfaringer-med-fastlegen-og-fastlegekontoret-i-201819/>
67. Mjølstad BP, Kirkengen AL, Getz L, Hetlevik I. What do GPs actually know about their patients as persons? *Eur J Pers Cent Healthc* 2013;1(1):149-60.
68. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015;135:2045-9.
69. Hansen AH, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Førde OH. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: A cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2013;63(612):482-9.
70. Price R, Spencer J, Walker J. Does the presence of medical students affect quality in general practice consultations? *Medical Education* 2008;42(4):374-81.

Vedlegg

Vedlegg 1 - fremleggsvurdering fra REK



Region: REK midt	Saksbehandler: Karoline Bjørstad Berget	Telefon: 73597509	Vår dato: 15.05.2019	Vår referanse: 2019/723/REK midt
			Deres dato: 22.04.2019	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Bente Prytz Mjølstad
Allmenntmedisinsk forskningsenhet, NTNU

2019/723 Strategier for felles forståelse. En studie av fastlegens møte med pasienters forventninger rundt bildediagnostikk

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 22.04.2019. Henvendelsen har blitt vurdert av komiteens sekretariat.

Beskrivelse av prosjektet

Prosjektet skal se nærmere fastlegens møte med pasienters forventninger rundt bildediagnostikk. Retningslinjer anbefaler å unngå røntgen ved kortvarige, ukompliserte korsryggsmerter, hodepine og fremre knesmerter dersom det ikke foreligger varselsymptomer. Fokuset i dette prosjektet vil være på allmenntmedisinske konsultasjoner der det kan tenkes at pasienten har en forventning om en bildediagnostisk undersøkelse som ikke er indisert på rent medisinsk grunnlag slik det er definert i dagens retningslinjer. Prosjektet er planlagt som en kvalitativ studie som skal gjennomføres på 2 fastlegekontor med 4-6 fastleger hver. 10-20 pasienter med problemstillinger der røntgen (MR) kunne være et tenkelig utfall identifiseres ut fra angitt problemstilling i fastlegens timebøker. Samtykke fra både pasient og fastlege er en forutsetning. Datainnsamlingen omfatter både observasjon av konsultasjonene fastlegene har med pasientene og standardisert intervju av både fastlegene og pasientene etter konsultasjonen. Hensikten med pasientintervjuene er å identifisere hvilke forventninger personen hadde før legetimen sammenlignet med tanker og tilfredshet ved utfallet av den. Fastlegen blir også stilt en rekke standardiserte spørsmål etter konsultasjonen. Spørsmålene vil dreie seg om bakgrunnen for valget om å henvise/ikke henvise, samt om hvordan legen selv opplevde konsultasjonen. For observasjon av konsultasjonene vil en observasjonsmal bli brukt. Observasjonspunktene vil dreie seg om i hvilken grad fastlegen aktivt etterspør eller på annen måte får frem pasientens eventuelle forventning om en bestemt undersøkelse. Formålet med prosjektet er å identifisere kommunikasjonsstrategier som legene bruker for å skape felles forståelse med pasienten.

Ber ikke om full prosjektsøknad

REK midt mener at prosjektet ikke framstår som medisinsk og helsefaglig forskning, men som annen type forskning. Prosjektet er iht. helseforskningslovens § 2 og § 4 ikke framleggingspliktig, og kan derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK. Vi minner imidlertid om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet meldes til Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Merknad

Vi minner om at vurderingen er gjort med bakgrunn i de innsendte dokumenter og kun er å betrakte som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11. Dersom du ønsker at det skal fattes et formelt enkeltvedtak etter forvaltningsloven, må du sende inn en full prosjektsøknad til REK. En prosjektsøknad blir komitébehandlet iht. oppsatte frister.

Besøksadresse:
Fakultet for medisin og
helsevitenskap Mauritz
Hansens gate 2, Øya helsehus

Telefon: 73597511
E-post: rek-midt@mh.ntnu.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
midt, not to individual staff

Vedlegg 2 - observasjonsmal

- 1. Info:**
 - a. Konsultasjonens starttidspunkt og stopptidspunkt:
 - b. Konsultasjonens totale varighet:
- 2. Kontaktårsak:**
- 3. Konsultasjonens åpning, dialog (beskrivelse – hvordan legges problemet frem):**
- 4. Utforskning av F-ene (Følelser, forventninger, forestillinger og følger):**
 - a. Fremkommer F-ene spontant – eller gjennom at legen aktivt etterspør/utforsker?
- 5. Interaksjon mellom lege og pasient:**
- 6. Tidspress i konsultasjonen:**
- 7. Bruker legen noen hjelpemidler?**
- 8. Hvordan møter legen pasientens forventninger, om disse kommer opp?**
- 9. Oppnås felles forståelse av situasjonen?**
- 10. Andre observasjoner, umiddelbare inntrykk og refleksjoner:**

Vedlegg 3 - intervjuguider

Legeintervjuguide

Om legen

1. Alder:
2. Kjønn:
3. Fastlege i antall år:
4. Spesialist i allmenntmedisin (ja/nei):
5. Listestørrelse:
6. Antall leger i praksisen:
7. Har du noen formuleringer/standardfrase og/eller strategier som du pleier å bruke når du går i dialog med pasienter som du tenker ikke trenger henvisning til bildeundersøkelse?

Om konsultasjonen

1. Hvor lenge har du vært fastlege for denne pasienten?
2. Hvor godt føler du at du kjenner pasienten fra før?
3. Kontaktårsak:
4. Henviste du pasienten til radiologisk undersøkelse?
5. Hvordan vurderer du den medisinske indikasjonen for en bildeundersøkelse i dette tilfellet?
6. Hvilke andre faktorer spilte inn på avgjørelsen din om å henvise eller å la være?
7. Hvor krevende opplevde du at konsultasjonen var?
8. I hvilken grad opplevde du at du oppnådde en felles forståelse med pasienten for videre håndtering av plagene?
9. Har du andre tanker om konsultasjonen?

Pasientintervjuguide

1. Del 1 – Om pasienten

- a. Kjønn:
- b. Alder:

2. Del 2 – Bakgrunn for konsultasjonen

- a. Hvilke(n) plage(r) gjør at du har tatt kontakt med fastlegen din?
- b. Hvorfor har du valgt å oppsøke lege?
- c. Har du gjort noe selv for å lindre plagene? I så fall hva?
- d. Før legetimen – hadde du da noen tanker om hva du trodde legen ville gjøre?

3. Del 3 – Konsultasjonen

- a. Hva gjorde legen?
- b. Hva tenker du om legens avgjørelse?
- c. Ble forventningene dine til legetimen innfridd?
- d. Ble forventningene dine til legetimen tatt opp av legen?

4. Del 4 – Tanker i etterkant av konsultasjonen

- a. Er du fornøyd med legetimen?
- b. Er det noe du savner?
- c. I hvilken grad føler du at du ble hørt?
- d. Hvordan er bekymringsnivået ditt nå i forhold til før legetimen?



Det medisinske fakultet
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Dato
27.01.2020

1 av 3

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Strategier for felles forståelse.

En studie av fastlegens møte med pasienters forventninger rundt bildediagnostikk”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere fastlegens møte med pasienters forventninger rundt bildediagnostikk. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Hvorfor gjør vi denne studien?

I dette prosjektet ønsker vi å undersøke hvilke forventninger pasienter har til å bli henvist til en røntgen-undersøkelse, og hvilke kommunikasjonsstrategier legene bruker for å komme til enighet med pasientene. Pasienter på konsultasjon hos fastlegen med problemstillinger der henvisning til røntgen blir diskutert, vil bli spurt om deltagelse i studien. Det samme vil fastlegen. Det fortsettes samtykke fra både pasient og fastlege for deltagelse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du tillater at en medisinstudent observerer konsultasjonen, og gjennomfører et kort intervju på 10-15 minutter med deg i etterkant av konsultasjonen. Resultat av observasjonen og svarene i intervjuet vil bli notert ned underveis. Pasienten vil bli intervjuet om hvilke forventninger vedkommende hadde før legetimen sammenlignet med tanker og tilfredshet ved utfallet av den. Fastlegen vil bli spurt om bakgrunnen for valget om å henvise/ikke henvise, samt sin opplevelse av konsultasjonen. Observasjon av konsultasjonene vil i hovedsak dreie seg om fastlegens kommunikasjonsstrategier. Resultatene vil bli publisert i en hovedoppgave skrevet av to medisinstudentene, og eventuelt senere i et anerkjent tidsskrift for forskning.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. For pasientene er det viktig å vite at dine svar ikke blir kjent for fastlegen og vil ikke påvirke din behandling ved legekantoret.

Postadresse ISM
Postboks 8905
MTFS
7491 Trondheim

Org.nr. 974 767 880

Besøksadresse
Eirik Jarls gate 14

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun medisinstudentene og veileder som har tilgang til data. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lages på en egen navneliste atskilt fra øvrige data, og anonymiserte dataene oppbevares på en sikker forskningsserver. Ved publisering vil det ikke være mulig å for andre å gjenkjenne deltagerne. Datainnsamlingen skal etter planen avsluttes innen juni 2020, men vi ønsker å oppbevare anonymiserte data frem til publisering, senest utgangen av 2022. Alle data vil deretter bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til: innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, å få rettet personopplysninger om deg, få slettet personopplysninger om deg, få utlevert en kopi av dine personopplysninger, og å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS - vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Forskningsansvarlig Bente Prytz Mjølstad, NTNU på epost; bente.mjolstad@ntnu.no

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig (Forsker /veileder)
Bente Prytz Mjølstad

Medisinstudenter
Marie K. Nyquist og Karina E. Walderhaug

Trondheim 27.01.20 

Sted dato Signatur

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet

” *Strategier for felles forståelse. En studie av fastlegens møte med pasienters forventninger rundt bildediagnostikk?*», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i denne observasjon- og intervju-studien
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, utgangen av 2022

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

