

Belastende klinisk usikkerhet i norske allmennlegers hverdag – status i 2019

Hovedoppgave for profesjonsstudiet i medisin

Jens Børtveit

Stud.med., NTNU

Veiledere:

Professor Hans M. Nordahl,

Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

Professor Linn Getz,

Institutt for Samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

Januar 2020

Forord

Dette prosjektet oppstod høsten 2018 i et idémyldringsmøte med professorer og lektorer i tredje etasje på ISM, NTNU. Jeg gikk inn i prosjektet med en idé om å utforske hvilke verktøy for kommunikasjon fastleger bruker i situasjoner hvor pasienten selv er overbevist om at de har en alvorlig sykdom, mens legen er *helt sikker* på at pasientens plager er ufarlige. Jeg ble derfor overrasket da jeg fikk høre at leger stort sett ikke er helt sikre. Slik ble ideen om å se på fastlegenes opplevelse av klinisk usikkerhet plutselig veldig interessant.

Ved prosjektets oppstart så jeg for meg å jobbe i allmennpraksis som ferdigutdannet lege. Prosessen med oppgaven har vist meg vonde sider av dette arbeidet. Gjennom undersøkelsen har jeg blitt kjent med enkelte av de verste hendelsene fastlegene har opplevd; død hos en venn av en venn kort tid etter konsultasjon med vedkomne, samtaler om kreft som kunne blitt oppdaget tidligere, følelser av utilstrekkelighet, og så videre. En lege som ble bedt om å gi et tips for å unngå klinisk usikkerhet svarte bare et enkelt «stay away». En annen åpnet med «bytt studie». Dette er selvfølgelig skremmende lesning for en motivert student på vei ut i legelivet. Men respondentene fokuserte også på klinisk usikkerhet som en driver for faglig nysgjerrighet. Enkelte så ikke på usikkerheten som noe negativt i det hele tatt. Noen svarte som en motvekt til eksemplene over: «allmennpraksis er best». Det virket som at legene, til tross for at studien spurte dem om de negative sidene av klinisk usikkerhet i allmennpraksis, hadde et behov for å fremheve trivsel og en følelse av mening i arbeidet deres.

Når jeg sitter med det ferdige prosjektet i hånden tenker jeg fortsatt å bli fastlege. Jeg er ikke sikker på om arbeidet har bidratt til å tenne eller slukke interessen min for allmennpraksis. Men det har i hvert fall gjort meg bevisst på en side av medisinen som jeg ikke hadde reflektert over før arbeidet begynte. Jeg tror og håper at å jobbe gjennom hundrevis av råd og tips fra leger som står i klinisk usikkerhet daglig har gjort meg bedre i stand til å håndtere usikkerheten som venter meg i klinikken, eller i det minste i bedre stand til å gi råd til fremtidige kolleger.

Stor takk til rettes mine veiledere Hans og Linn for å ha bidratt i oppgaveskrivingen på både dagtid og kveldstid gjennom de enkle og vanskelige periodene av prosessen. Gjennom hele høsten har dere fått meg til å føle meg inkludert i fagmiljøet rundt dere, og dere har vært en motor for prosjektet i alle dets faser.

Innhold

SAMMENDRAG	4
INTRODUKSJON	5
METODE	13
RESULTATER	15
DISKUSJON	39
REFERANSER	47
APPENDIKS	51

Sammendrag

Introduksjon: Fenomenet klinisk usikkerhet har de senere år blitt viet økende internasjonal oppmerksomhet i medisinsk forskning og fagutvikling. Studier har vist sammenhenger mellom opplevelse av klinisk usikkerhet og utbrenthet, stress og nedsatt trivsel i jobben. Vi vet lite om dette fenomenet blant norske leger. Denne oppgaven fokuserer på opplevelse av belastende klinisk usikkerhet blant allmennpraktikere i Norge. Hvordan opplever norske fastleger klinisk usikkerhet i hverdagen, og hvilke strategier tyr de til for å håndtere usikkerheten når den oppstår?

Metode: En spørreundersøkelse bestående av 36 ledd ble utarbeidet i Questback.

Undersøkelsen var tredelt: første del kartlagte faktorer hos respondenten, andre del ba respondenten om å ta stilling til en rekke utsagn om klinisk usikkerhet og tredje del åpnet for fritekst-kommentarer. Undersøkelsen ble distribuert via en nettløse på sosiale medier og noen epostgrupper, samt flygeblad under den allmennmedisinske Nidaroskongressen 2019.

Resultat: Et utvalg på 402 leger svarte. Det viste god spredning når det gjaldt kjønn og erfaring, men inneholdt få allmennleger som praktiserer langt fra sykehus. Samlet rapporterte allmennlegene et relativt lavt nivå av belastende usikkerhet. Kun noen få leger tenkte på å bytte jobb på grunn av stress knyttet til faglig usikkerhet. Kvinnelige leger rapporterte større grad av ubehag i forbindelse med klinisk usikkerhet enn mannlige. Leger med kort erfaring beskrev mer ubehag som følge av klinisk usikkerhet enn mer erfarne kolleger. Kvinnelige og mannlige leger rapporterte ingen betydelige forskjeller i hvordan de håndterte klinisk usikkerhet. Mer erfarne leger så ut til å sjeldnere søke støtte fra kolleger enn mindre erfarne leger.

Konklusjon og implikasjoner: Studien fikk mange deltakere, men metoden gir ikke grunnlag for å generalisere resultatene til å gjelde alle norske allmennleger. Resultatene tyder imidlertid på at klinisk usikkerhet er en relativt moderat yrkesbelastning for norske fastleger i dag. Vi fant enkelte kjønnsforskjeller, samt forskjeller mellom erfarne og uerfarne leger. Resultatene kan være nyttige med tanke på grunn- og videreutdanningen i allmennmedisin. Flere av funnene er dernest interessante med tanke på mer nyansert forskning og fagutvikling på feltet.

Abstract in English

Introduction: Several studies have shown an association between physicians' experience of clinical uncertainty and negative phenomena such as: burnout, stress and poor job-satisfaction. In the last few years, uncertainty amongst physicians has been the subject of an increasing amount of research. Little is known about the phenomenon in Norwegian physicians. This study aims to explore the experience of distressing clinical uncertainty in Norwegian general practitioners. How do these physicians experience clinical uncertainty and what strategies do they use to cope when clinical uncertainty occurs in their daily life?

Methods: A three-part survey containing 36 questions was formed. The first part of the survey explored the demographic data of the participants, in the second part, the participants were asked how much they agreed or disagreed to several statements about clinical uncertainty. The last part contained open ended questions. The survey was in 2019 distributed to Norwegian general practitioners via a short URL online (email and social media) and a flyer distributed at a national GP congress.

Results: 402 general practitioners responded to the survey. The participants were diverse concerning gender and level of professional experience, but not concerning distance between their clinic and the nearest hospital. The results suggests that clinical uncertainty does not currently cause significant discomfort amongst Norwegian general practitioners. Only a few participants reported thinking about changing their careers due to clinical uncertainty. The female participants reported a higher degree of discomfort due to clinical uncertainty compared to their male colleagues. Participants with less than 5 years of professional experience also reported a higher degree of discomfort due to clinical uncertainty compared to their more experienced colleagues. When asked about coping strategies to address clinical uncertainty, the male and female participants reported no significant differences. The more experienced physicians reported seeking support from their colleagues less often compared to their less experienced colleagues.

Conclusion and implications: Although the survey received many participants, our method did not qualify for a generalization across all Norwegian general practitioners. Our results suggests that clinical uncertainty cause a relatively moderate burden on Norwegian general practitioners today. They also proposed a difference between male and female physicians as well as experienced and inexperienced physicians. This study could be useful in revising the

education of physicians and general practitioners. Furthermore, our findings could be useful in further research and the professional development of general practice.

Introduksjon

Populærkulturen fremstiller ofte legeyrket som et fag med sikre svar. I TV-serier vil helten eller heltinnen til slutt alltid finne den riktige diagnosen og behandlingen. Helst etter mange negative tester og våkenetter med grubling. Med andre ord – bare du er dyktig nok og motivert nok, vil du aldri ta feil. Denne fremstillingen gjennomsyrrer også undervisningen i legestudiet, slik mange av oss studenter opplever det. Vi gjennomgår kasuistikker med helt riktige eller helt gale svar, og testes i hundrevis av flervalgsoppgaver hvor ett svar alltid skal være «det mest riktige». Både pasienter og studenter får inntrykk av at den virkelige verden er binær med tanke på sykdom. Men i klinikken venter pasienter med vage og ukarakteristiske symptomer og uklare laboratoriesvar. Dagens evidens-baserte medisin signaliserer at avgjørelser kan være helt rett eller helt feil. Kliniske retningslinjer blir utarbeidet basert på metaanalyser av pasientenes bedring på et gruppenivå, mens legenes arbeid blir vurdert på pasientens bedring på et individnivå. Det kan i enkelte tilfeller oppstå konflikter mellom det som er legens vurdering av beste behandling for enkelte pasienter og det som de kliniske retningslinjene antyder. Totalt sett er det mange kilder til usikkerhet i den kliniske hverdagen, og ikke minst gjelder dette allmennleger i helsetjenestens førstelinje der klinisk skjønn og dømmekraft står helt sentralt. Dersom alle pasienter med uavklarte problemstillinger straks skulle utredes/henvises med tanke på verst tenkelige differensialdiagnose, uansett hvor usannsynlig den var, kunne dette blitt en stor belastning på spesialisthelsetjenesten.

Usikkerhet er ikke nødvendigvis problematisk eller belastende, det kommer an på hva saken dreier seg om og hva som står på spill. Studien som her presenteres dreier seg om belastende aspekter av klinisk usikkerhet. Dette har relevans for alle leger, og kanskje i særdeleshet leger som arbeider i helsetjenestens førstelinje der et viktig oppdrag er å skille alvorlig behandlingstrengende sykdom fra helseproblemer som med fordel kan forløpe uten mye utredning og behandling. Derfor valgte vi å studere opplevelser av ubehagelig klinisk usikkerhet blant allmennpraktikere. Dette omtales i liten grad i media som derimot gjerne profilerer feildiagnoser og «legetabber». Med det økte fokuset på det høye trykket primærhelsetjenesten opplever i den senere tiden (1, 2) kan det være nyttig å belyse temaet klinisk usikkerhet som en potensielt viktig yrkesrelatert stressfaktor. Vi vet per i dag lite om hvordan, og i hvilken grad, klinisk usikkerhet preger norske allmennlegers jobbhverdag.

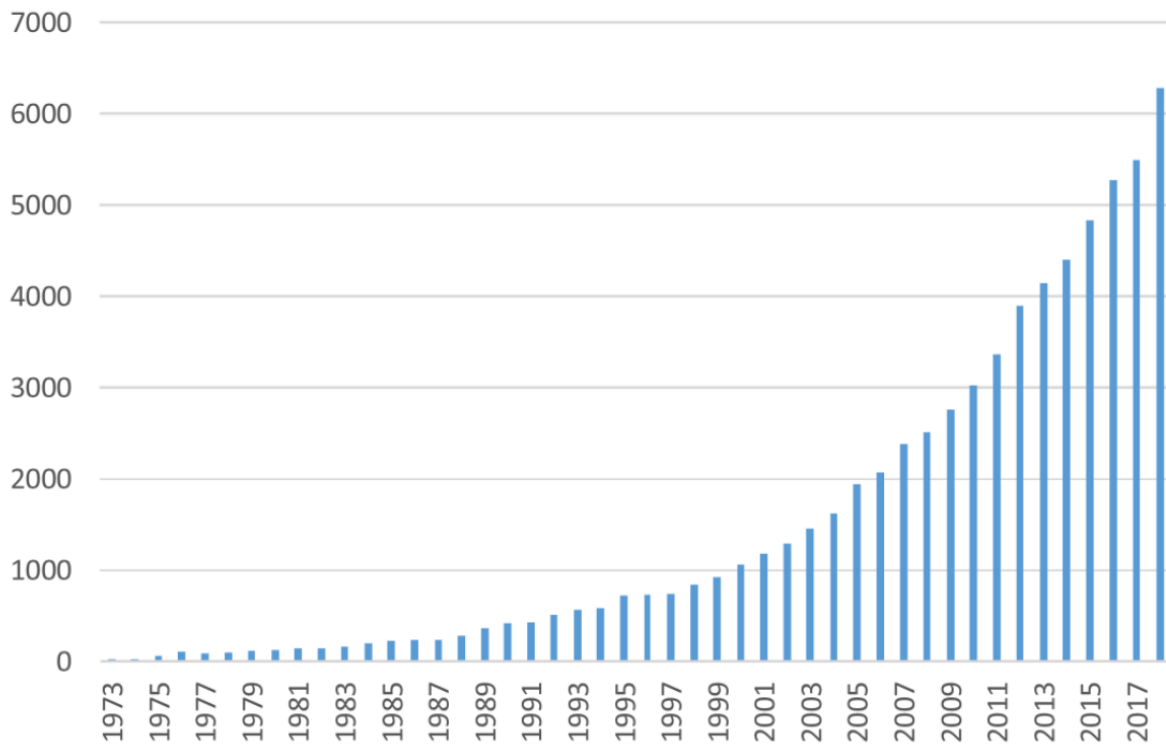
Kunnskap om ubehagelig usikkerhet blant allmennleger er relevant av flere grunner. Delvis har den som nevnt arbeidsmedisinsk relevans, noe vi kommer tilbake til senere i oppgaven. I tillegg er kunnskap om usikkerhet relevant fordi tema kan knyttes til begrepet «defensiv medisin». Flere forfattere har diskutert hvordan klinisk usikkerhet kan påvirke medisinsk praksis. Hofmann 2010 (3) og Opdal, Meland & Hjørleifsson 2019 (4) hevder at klinisk usikkerhet i allmennpraksis er en drivkraft bak overforbruk av tester, prøver og radiologiske prøver. Testingen er da ikke først og fremst til pasientens beste, men like mye et ledd i å håndtere uro hos legen. En studie fra 1987 (5), referert i en artikkel fra 2018 (6) fant at leger som hadde lavere toleranse for klinisk usikkerhet ofte bestilte flere tester enn de hadde høyere toleranse for klinisk usikkerhet.

Det kan virke som at det i de senere årene har utviklet seg et klima i offentligheten, hvor klinisk usikkerhet kan bli til plagsom klinisk usikkerhet for leger. Usikkerhet hos leger og pasienter har gjennom de senere år blitt oftere et tema i media, både i leserinnlegg (7, 8) og artikler (9). Pasienter skriver blant annet fritt egne vurderinger av sin lege på nettsiden «legelisten.no» uten redaksjon, til mange legers store frustrasjon (10-12). I nettaviser kan alle søke opp sitt nærmeste sykehus og lese hvor mange tabber og feil som har skjedd der den siste tiden (13). Denne typen journalistikk kan oppfattes som en slags gapestokk, og kan øke legers frykt for å gjøre feil. Det har blitt vist at leger som opplever større frykt for å gjøre feil, også opplever mer klinisk usikkerhet (14).

Hva finnes av forskning på klinisk usikkerhet?

Det ble i forbindelse med datainnsamling til denne studien, med assistanse fra biblioteket ved Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU, gjort et søk i PubMed etter litteratur som omtaler klinisk usikkerhet. Litteratursøket kan ikke regnes for å være systematisk eller altomfattende, men det bekreftet at det finnes lite aktuell forskning på norske allmennpraktikere med hensyn til deres opplevelse av klinisk usikkerhet. Temaet klinisk usikkerhet omtales imidlertid også stadig mer i medisinske tidsskrifter, både i form av kommentarartikler og forskningsartikler. Figuren under, hentet fra Han et al. 2019 «Uncertainty in health care: Towards a more systematic program of research» (15) illustrerer hvordan antall sitater om klinisk usikkerhet fra 1973 til 2017 i økende grad har blitt håndtert i

litteraturen.



Figur 1: Siteringer i medisinsk litteratur om klinisk usikkerhet. Hentet fra Han og medarbeidere (15).

I litteraturen finner vi referanser til studier på andre spesialiteter utover allmennmedisin. Studier av Danczak & Lea (16), Geller, Tambor, Chase & Holtzman (17), Gerrity, DeVellis & Earp, (18), Gerrity, DeVellis & Light (19), McCulloch, Kaul, Wagstaff & Wheatcroft (20) har beskrevet klinisk usikkerhet hos både leger generelt og spesifikke grupper spesialister. Andre studier har fokusert mer spesifikt på allmennlegers forhold til klinisk usikkerhet (4, 14, 21, 22). Disse studiene belyser imidlertid i liten grad hvordan norske allmennpraktikere forholder seg til usikkerhet. De to studiene som forsøker å kvantifisere klinisk usikkerhet hos allmennpraktikere ser kun på allmennpraktikere under opplæring.

Definisjoner av usikkerhet

I litteraturen møter vi en rekke ulike perspektiver på, og definisjoner av, klinisk usikkerhet. Ghosh beskriver at når leger opplever klinisk usikkerhet forårsakes dette av sykdommens natur: sykdom i mennesker beskrives som abnormalitet i et svært komplekst biologisk system (22). Systemet er i følge Ghosh rett og slett for komplekst for at man skal kunne uttale seg med høy grad av sikkerhet. Hofmann beskriver usikkerhet som en fellesbetegnelse for risiko,

prinsipiell uvitenhet og ubestemthet (3). Andre tar til orde for en lengre og mer funksjonell definisjon (23): Han & Djulbegovic definerer klinisk usikkerhet som todelt. Den ene delen omhandler usikkerhet i relasjon til kunnskap (for eksempel mangel på informasjon eller manglende evne til å definere betydningen av sykdomsrelaterte hendelser hos pasienten) og den andre delen handler om usikkerhet knyttet til hvor mye man kan stole på empiriske data (for eksempel varians på flere standardavvik i en datasamling hvor man forventer liten varians). Han, Klein & Arora (24) beskriver klinisk usikkerhet som en subjektiv opplevelse av å ikke vite hva som er riktig avgjørelse i en situasjon. Sistnevnte er en definisjon som favner vidt, men samtidig fanger det subjektive aspektet, altså selve erfaringen av klinisk usikkerhet. En slik definisjon passet etter vårt syn godt i en spørreundersøkelse blant allmennleger og ligger til grunn for studien som her presenteres.

Arbeidsmedisinsk perspektiv

Flere studier tyder på en sammenheng mellom opplevelse av stress relatert til klinisk usikkerhet og utbrenthet blant leger. En undersøkelse av Gerrity, DeVellis & Earp i 1990 (18) tok mål av seg til å kvantifisere legers opplevelse av stress som følge av klinisk usikkerhet gjennom et spørreskjema. Skjemaet ble kalt PRU – physicians' reaction to uncertainty. PRU-skjemaet er senere blitt brukt av andre forskere som utgangspunkt for sammenligning (25-29) av hvordan ulike grupper av leger reagerer på klinisk usikkerhet: Bachman & Freeborn 1999 (27) fant at leger som opplevde mer stress fra klinisk usikkerhet også rapporterte oftere utbrenthet sammenlignet med legene som opplevde mindre stress fra klinisk usikkerhet. En australsk studie (29) kom til samme konklusjon. En annen problemstilling ble belyst av Kim & Lee 2018 (6). Her ble det påvist en sammenheng mellom lav toleranse for klinisk usikkerhet og opplevelse av utbrenthet hos leger.

Opplevelse av klinisk usikkerhet er ikke bare forbundet med utbrenthet. Et høyere nivå av uro ved klinisk usikkerhet er blitt assosiert til lavere grad av trivsel i jobben (28). Legene med høyere kapasitet til å tåle tvetydighet og usikkerhet, ser også ut til å oppleve mindre stress i arbeidslivet enn sine kolleger som har lavere toleranse for disse fenomenene (30).

Kan klinisk usikkerhet elimineres – en pågående debatt

Jones 2016 (31) beskriver ulike strategier for å håndtere klinisk usikkerhet. Det tas her til orde for at strategier som omhandler å akseptere usikkerhet og å bruke tiden som diagnostisk

verktøy er et blindspor. Ifølge artikkelen vil teknologiske fremskritt (for eksempel kunstig intelligens eller bruk av algoritmer) gjøre klinisk usikkerhet til et fenomen som hører fortiden til. En kritisk svarartikkel (32) påpekte derimot at klinisk usikkerhet er et ufravikelig faktum innen allmennpraksis. Simpkin & Schwartzstein 2016 (33) hevder at klinisk usikkerhet er noe leger må lære seg å håndtere. En slik argumentasjon, at klinisk usikkerhet er et ufravikelig fenomen innen medisinen, er dernest ikke ny. Allerede i 1984 beskrev Eddy (34) alle faktorene i medisinen som gjør det til et fag hvor man aldri kan oppnå helt sikre svar. Og Cassell 2002 (35) talte for at klinisk beslutningslære, selve grunnmuren innen medisinsk praksis, dreier seg om nettopp det å håndtere usikkerhet.

Forskjeller blant leger

Flere studier (6, 19, 21, 28) har sett på hvordan kvinnelige og mannlige leger opplever stress i forbindelse med klinisk usikkerhet forskjellig. I studiene kommer det frem at kvinnelige leger ser ut til å oppleve mer stress ved klinisk usikkerhet enn sine mannlige kolleger. I en italiensk studie fant man imidlertid ingen assosiasjon mellom legens kjønn og deres opplevelse av jobb-stress (30).

En studie fant at kvinnelige leger anvender noe ulike strategier i møte med klinisk usikkerhet, sammenlignet med mannlige leger. Kvinnene leger lente seg mer til tidligere erfaringer og så også ut til å bruke såkalte «tommelfingerregler» i større grad enn sine mannlige kolleger. De mannlige hadde derimot tendens til økt bruk av tester når de opplevde klinisk usikkerhet (25). En studie blant australske allmennpraktikere (21) fant at de mannlige legene oftere hadde en u hensiktsmessig respons på sin usikkerhet, i den forstand at de var nølende til å fortelle andre om usikkerheten de handlet under.

Andre studier har sett nærmere på hvordan ulik grad av erfaring hos leger kan få betydning for hvordan de opplever klinisk usikkerhet. En studie (6) fant at de som praktiserer i kortere perioder, for eksempel har kortere engasjementer på avdelinger, opplever høyere grad av stress ved klinisk usikkerhet. En annen studie fant at jo kortere fartstid en allmennpraktiker hadde fra sykehusarbeid i forkant av allmennpraksis, desto større negativ respons hadde legen på klinisk usikkerhet (21). Bovier & Perneger 2007 (28) fant at leger i alle spesialiteter opplevde mest uro i fasen som nyutdannet. Den samme studien viste at leger med lengre enn 5 års erfaring opplevde minst uro i møte med klinisk usikkerhet, og at erfaring utover 5 år ikke førte til ytterligere redusert uro i møte med klinisk usikkerhet.

Det har ikke latt seg gjøre å finne studier av hvorvidt erfarne leger nyttiggjør seg andre strategier i møte med klinisk usikkerhet enn mer uerfarne kolleger.

Et annet interessant spørsmål er om det er en ulikhet i opplevelse av klinisk usikkerhet og strategier for håndtering av klinisk usikkerhet mellom leger som arbeider nær et sykehus (urbant praktiserende leger) til forskjell fra leger som arbeider lengre unna (ruralt praktiserende leger). Litteratursøket identifiserte ingen studier som så nærmere på dette spørsmålet.

Paul K. J. Han er en sentral aktør innen forskning på klinisk usikkerhet. Han, Babrow, Hillen, Gulbrandsen, Smets & Ofstad diskuterer svakheter i den pågående forskningen på klinisk usikkerhet (15) i en omfattende artikkel fra 2019 som dukket opp under arbeidet med den aktuelle spørreundersøkelsen. Blant annet peker forfatterne på at den pågående forskningen ikke bygger på allerede eksisterende kunnskap og terminologi, men heller tar i bruk ny terminologi og taksonomi for hvert tema som belyses. I artikkelen argumenteres det for å belyse multifaktorielle sammenhenger mellom individuelle faktorer hos legene som opplever klinisk usikkerhet, konteksten de arbeider i og de ulike typene responsene disse har på dette.

Formulering av forskningsspørsmålene i vår undersøkelse

Ovennevnte litteratursøk identifiserte som sagt få studier av klinisk usikkerhet blant allmennpraktikere i Norge. Opdal, Meland & Hjørleifssons studie (4) er en kvalitativ studie basert på fokusgruppemetodikk hvor deltakere var praktiserende fastleger i området rundt Bergen. Studien så ikke nærmere på forskjeller mellom allmennpraktikere og på hvordan klinisk usikkerhet oppleves og håndteres på ulike måter, men belyste sammenhengen mellom klinisk usikkerhet og bruk av medisinske tjenester som hadde større skadepotensiale enn nyttepotensiale.

Spørsmålene denne oppgaven ønsker å belyse er: hvordan oppleves klinisk usikkerhet for tiden blant fastleger i Norge? Hvor belastende er usikkerheten, og hvilke strategier bruker fastleger når de skal håndtere klinisk usikkerhet? Er mer erfarne allmennpraktikerne mindre plaget av klinisk usikkerhet enn mindre erfarne kolleger? Er det forskjell mellom kvinnelige og mannlige leger på disse områdene? Har det betydning om legen praktiserer nær eller langt

fra sykehus? Finnes det en sammenheng mellom hvor langt unna sykehuset en allmennpraktiker arbeider og hvor mye klinisk usikkerhet vedkommende opplever? Har legene erfaringer og råd de vil dele med forskerne – ikke minst med tanke på kommende leger og yngre kolleger? Denne undersøkelsen omfatter en spørreundersøkelse av allmennleger med fokus på disse spørsmålene. Først kommer noen demografiske data som beskriver respondentene og sammenligner dataene med populasjonen av leger som jobber i allmennpraksis i dag. Deretter presenteres data om hvordan respondentene angir å oppleve og håndtere klinisk usikkerhet. Til slutt kommer en diskusjon om styrker og svakheter ved resultatene.

Metode

Litteratursøk

Det tidligere omtalte litteratursøket i PubMed ble gjort med kombinasjoner av søkeordene «general practitioner», «clinical decisions», «medical decisions», «physicians» og «uncertainty». Samme søk ble også gjort i Google Scholar. Gjennom dette ble en rekke relevante studier identifisert. Relevante studier fra kildelistene i disse studiene ble også innhentet. Kriteriene for at en studie eller artikkel ble sett på som relevant var at den berørte usikkerhet hos klinikere på et generelt nivå. Studier og artikler som undersøkte usikkerhet i forbindelse med spesifikke diagnoser ble ikke inkludert. Publikasjoner om klinisk usikkerhet innen andre spesialiteter enn allmennpraksis ble i utgangspunktet vurdert, så lenge de kunne ha relevans for utarbeidelsen av vår studie.

Utvikling av spørreundersøkelsen

På bakgrunn av litteratursøket og idémyldringsmøter ble det utviklet en spørreundersøkelse. Allmennpraktikere har en travel hverdag og det var ønskelig med flest mulige respondenter – derfor var det viktig med en relativt kort og fokusert spørreundersøkelse som skulle oppleves relevant.

Prosessen begynte med å skissere en rekke aktuelle spørsmål om tema. Disse ble pilotert i en gruppe på fem leger knyttet til allmennmedisinsk undervisningsenhet ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie på NTNU, hvorav fire arbeider aktivt som fastleger.

Piloteringen ledet til at enkelte spørsmål ble omformulert eller prioritert bort. Noen spørsmål ble delt opp i flere spørsmål. Resultatet var et spørreskjema med totalt 36 spørsmål.

Studien ble utformet som en tredelt undersøkelse: en del med avkryssningsspørsmål hvor respondentene skulle beskrive faktorer med seg selv (kjønn, alder, erfaringsgrad, osv), en del med avkryssningsspørsmål om respondentens opplevelse av usikkerhet og til slutt enkelte fritekstspørsmål. Fritekstspørsmålene var delvis avhengige av hvilke svaralternativ respondentene hadde valgt på spørsmålene om opplevelse av usikkerhet.

For spørsmålene der respondentene skulle ta stilling til utsagn/påstander knyttet til opplevelsen og håndteringen av klinisk usikkerhet, ble det valgt en firedelt skala uten et nøytralt midtpunkt. Alternativene omfattet 'svært enig' – 'enig' – 'litt enig' – 'litt uenig' – 'uenig' – 'svært uenig' (mer om dette i diskusjonen). Spørreskjemaet finnes i Appendiks 1.

Før publisering av spørreundersøkelsen ble den meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og personvernombudet, som et studentprosjekt. Spørreundersøkelsen defineres ikke som helseforskning og var dermed ikke framleggingspliktig for Regional etisk komite for medisin og helsefaglig forskning (REK).

Distribusjon av undersøkelsen

Dataene ble innhentet ved hjelp av programvaren Questback. Spørreundersøkelsen ble distribuert til respondentene via en kort lenke. Lenken stod sammen med en visuell logo og en kort introduksjon som skulle vekke interesse hos potensielle respondenter. Logoen og introduksjonen kan sees i appendiks 2. Undersøkelsen og introduksjonen ble lagt ut på Allmennlegeinitiativet, en gruppe på sosiale medier der over 4000 norske allmennleger er registrert. I tillegg ble den sendt ut på e-post til ca. 70 lektorer og praksisveiledere i allmennpraksis ved Fakultet ved medisin og helsevitenskap ved NTNU, uten purring. Det ble lagt ut reklame med flyveblad på til sammen åtte kurs for allmennleger som deltok på Nidaroskongressen 2019 i Trondheim midt i perioden da studien pågikk. Flyvebladet kan også sees i appendiks 2. Legene som mottok spørreundersøkelsen ble også bedt om å dele lenken med kolleger og andre allmennpraktikere de kjente.

Datainnsamling ble gjort i perioden 21.10-2019 til 1.11-2019. Data ble overført til databehandlingsprogrammet SPSS og analysert.

Statistisk metode

I analysene av data ble det benyttet deskriptiv statistikk med analyse av alders og kjønnsfordeling og prosentvise rater av demografiske indekser. Det ble hovedsakelig benyttet krystabeller og Chi-kvadrat analyser for å studere sammenhenger mellom ulike kategorier. P-verdi for statistisk signifikans ble satt til $p < 0.05$. Dataene ble hentet fra Questback sine nettsider, ført inn i databehandlingsprogrammet SPSS og deretter analysert. Dataene fra analysen ble ført inn i Excel hvor det ble produsert figurer som fremstilte resultatene. I disse figurene ble svarkategoriene «helt enig» og «enig» samt «helt uenig» og «uenig» satt sammen i stablede søyler, mens kategoriene «litt enig» og «litt uenig» ble satt i egne søyler. Dette for å fremheve potensielt nøytrale svar og respondenter som ikke svarte tydelig enig eller uenig.

Resultater

Beskrivelse av utvalget, inkludert representativitet

Totalt svarte 402 allmennleger på undersøkelsen, 263 kvinner og 139 menn.

Aldersfordelingen var 5,2 % i alderen 20-29, 41,5 % i alderen 30-39, 29,6 % i alderen 40-49, 14,4 % i alderen 50-59 og 9,2 % i alderen 60+.

Legene ble delt i tre grupper etter erfaringsgrad i arbeidet som lege; 24,4 % falt i gruppen med 0-5 års erfaring, 40,8 % i gruppen med 5-15 års erfaring og 34,8 % i gruppen med over 15 års erfaring.

68,2 % av legene var uteksaminert fra et universitet i Norge, 5,7 % fra et universitet i Norden utenfor Norge og 26,1 % fra et universitet utenfor Norden.

54 % av respondentene var spesialister i allmennmedisin.

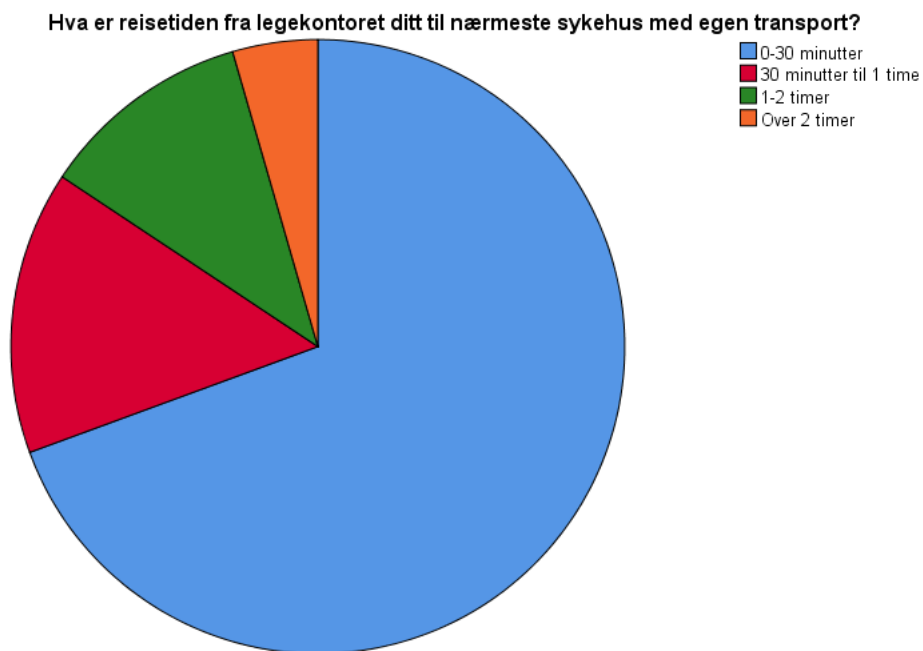
68,2 % deltok i legevakt utenom ordinær arbeidstid.

Vi velger å omtale utvalgets representativitet her i resultatdelen. I Tabell 1 kan utvalget av respondenter sammenliknes med statistikk for norske fastleger som Helsedirektoratet leverte til den NTNU-tilknyttede aksjonsgruppa Fastlegeordningen 2.0 (Trønderopprøret) i 2018-19 (36). Vårt materiale ser da bl.a. ut til å inneholde en viss overvekt av kvinnelige leger. For de fleste spørsmålsstillingene ga utvalget vårt grunnlag for statistisk analyse. Ett unntak var dimensjonen rural-urban, kategorisert ved reiseavstand fra legekantoret til sykehus.

Reisetiden fra legekantoret var for de fleste respondentene (69,4 %) 0 til 30 minutter. Men

bare 4,5 % (n=18) hadde reisetid over 2 timer (fig. 2). Denne fordelingen ga ikke grunnlag for nærmere, statistisk analyse.

Figur 2: Reisetid for pasienter med egen transport fra respondentenes i undersøkelsens kontor til nærmeste sykehus.



Tabell 1: Sammenligning mellom data fra spørreundersøkelsen og Helsedirektoratets fastlegestatistikk

Kjønn			Kjønn - Helsedirektoratets fastlegestatistikk		
	Frekvens	Prosent		Frekvens	Prosent
Kvinne	263	65,4	Kvinne	2026	42,3
Mann	139	34,6	Mann	2758	57,7
Total	402	100	Total	4784	100

Alder			Alder - Helsedirektoratets fastlegestatistikk		
	Frekvens	Prosent		Frekvens	Prosent
20-39	188	46,8	20-39	1459	30,5
40-49	119	29,6	40-49	1351	28,2
50+	95	23,6	50+	1974	41,3
Total	402	100	Total	4784	100

Arbeidserfaring som lege			Arbeidserfaring som lege - H. F.		
	Frekvens	Prosent		Frekvens	Prosent
0-5 år	98	24,4	0-5 år	1611	33,7
5-15 år	164	40,8	5 år +	3173	66,3
Over 15 år	140	34,8			
Total	402	100	Total	4784	100

Studieplass			Studieplass - Helsedirektoratets fastlegestatistikk		
	Frekvens	Prosent		Frekvens	Prosent
I Norge	274	68,2	I Norge	-	-
Utenfor Norge	128	31,8	Utenfor Norge	-	-
Total	402	100	Total	4784	-

Spesialist			Spesialist - Helsedirektoratets fastlegestatistikk		
	Frekvens	Prosent		Frekvens	Prosent
Spesialist	217	54	Spesialist	2894	60,5
Ikke spesialist	185	46	Ikke spesialist	1890	39,5
Total	402	100	Total	4784	100

Klinisk usikkerhet

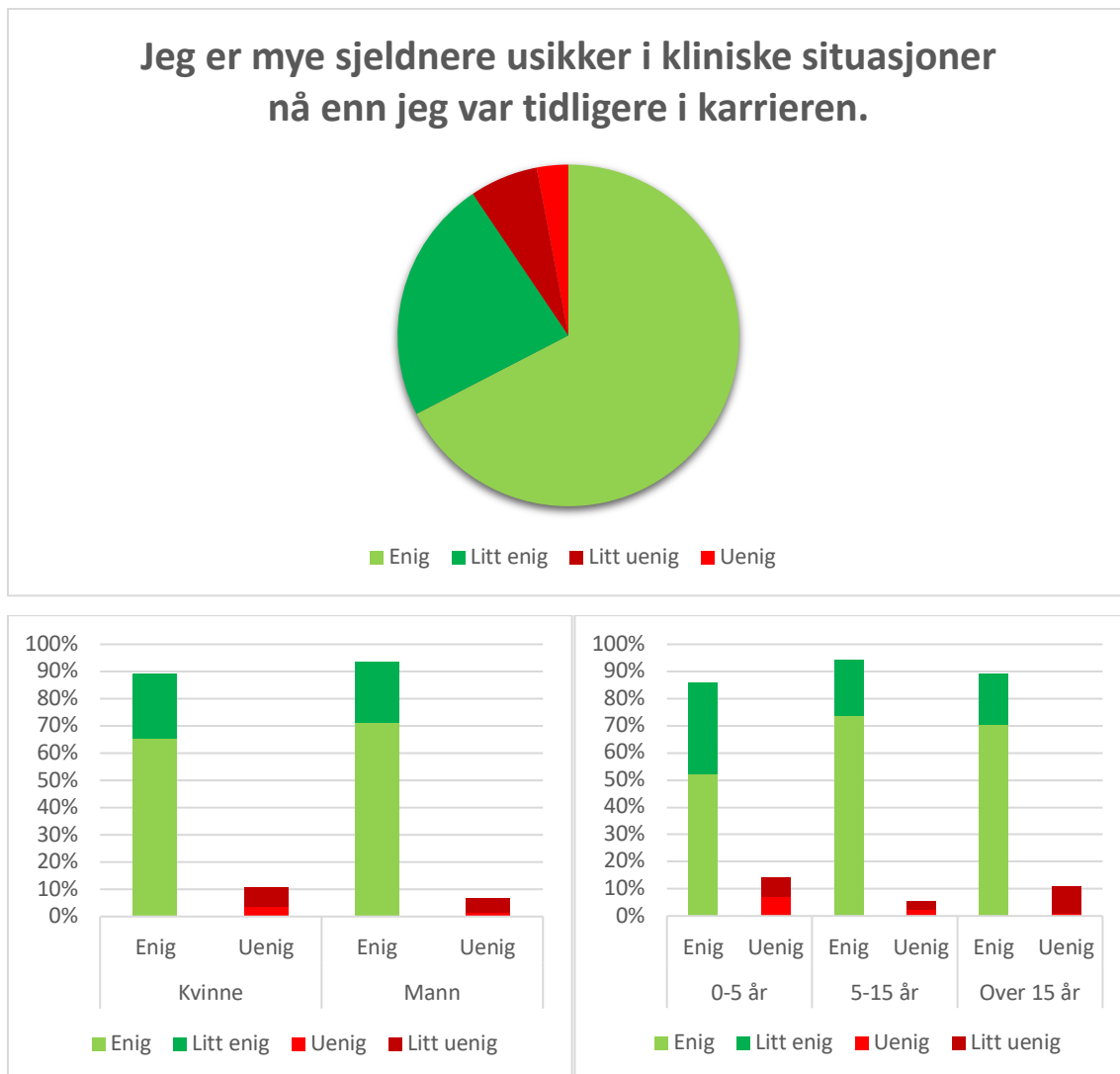
Figurene i den følgende delen viser hvordan svarene fordelte seg mellom ulike erfaringsnivå og kjønn hos legene som svarte, spørsmål for spørsmål. De er inndelt i to grupper etter hva de

beskriver – første del omhandler legenes opplevelse av usikkerhet, andre del omhandler strategier legene bruker for å mestre usikkerhet.

Opplevelse

Spørsmål: Jeg er mye sjeldnere usikker i kliniske situasjoner nå enn jeg var tidligere i karrieren

Figur 3a



67 % av alle respondentene oppgav å være enige i at de var sjeldnere er usikker nå enn tidligere i karrieren. 3 % var uenige i at å oppleve usikkerhet sjeldnere nå enn tidligere.

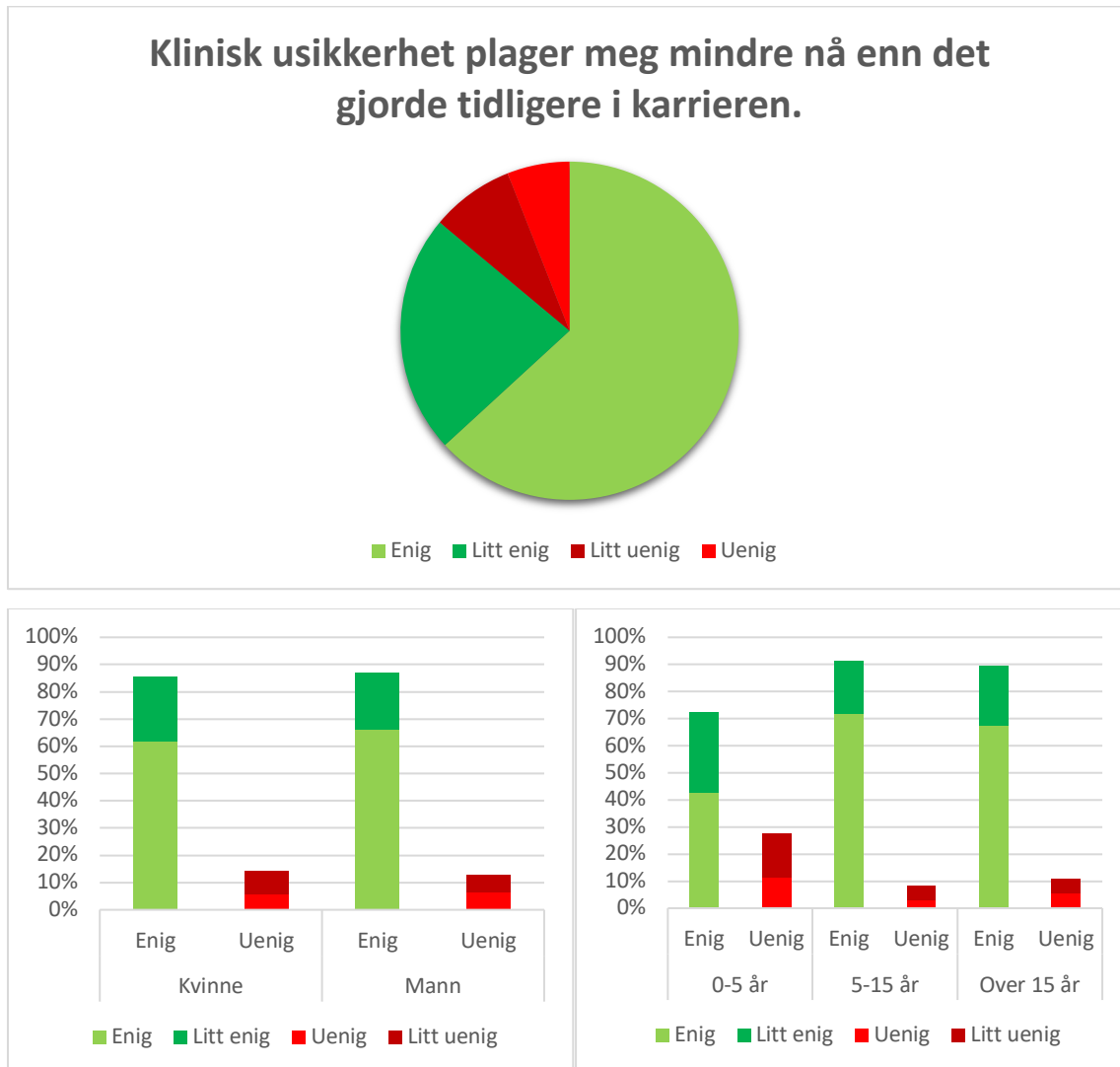
Kvinner og menn rapporterte ikke signifikant forskjellig på dette spørsmålet ($X^2(3, N=402) = 2,896, p=0.408$).

De erfarne legene var oftere enige i dette utsagnet enn de mindre erfarne. Det var størst forskjell mellom leger med mindre erfaring enn 5 år, relativt til mer erfarne. Av de minst erfarne, svarte 7 % at de ikke opplevde mindre usikkerhet i dag enn tidligere i karrieren. 2 %

av de med 5-15 års erfaring og 1 % av de med over 15 års erfaring svarte tilsvarende som de med mindre erfaring. Forskjellen mellom gruppene var signifikant ($X^2(6, N=402) = 25,014$, $p < 0.001$).

Spørsmål: Klinisk usikkerhet plager meg mindre nå enn det gjorde tidligere i karrieren

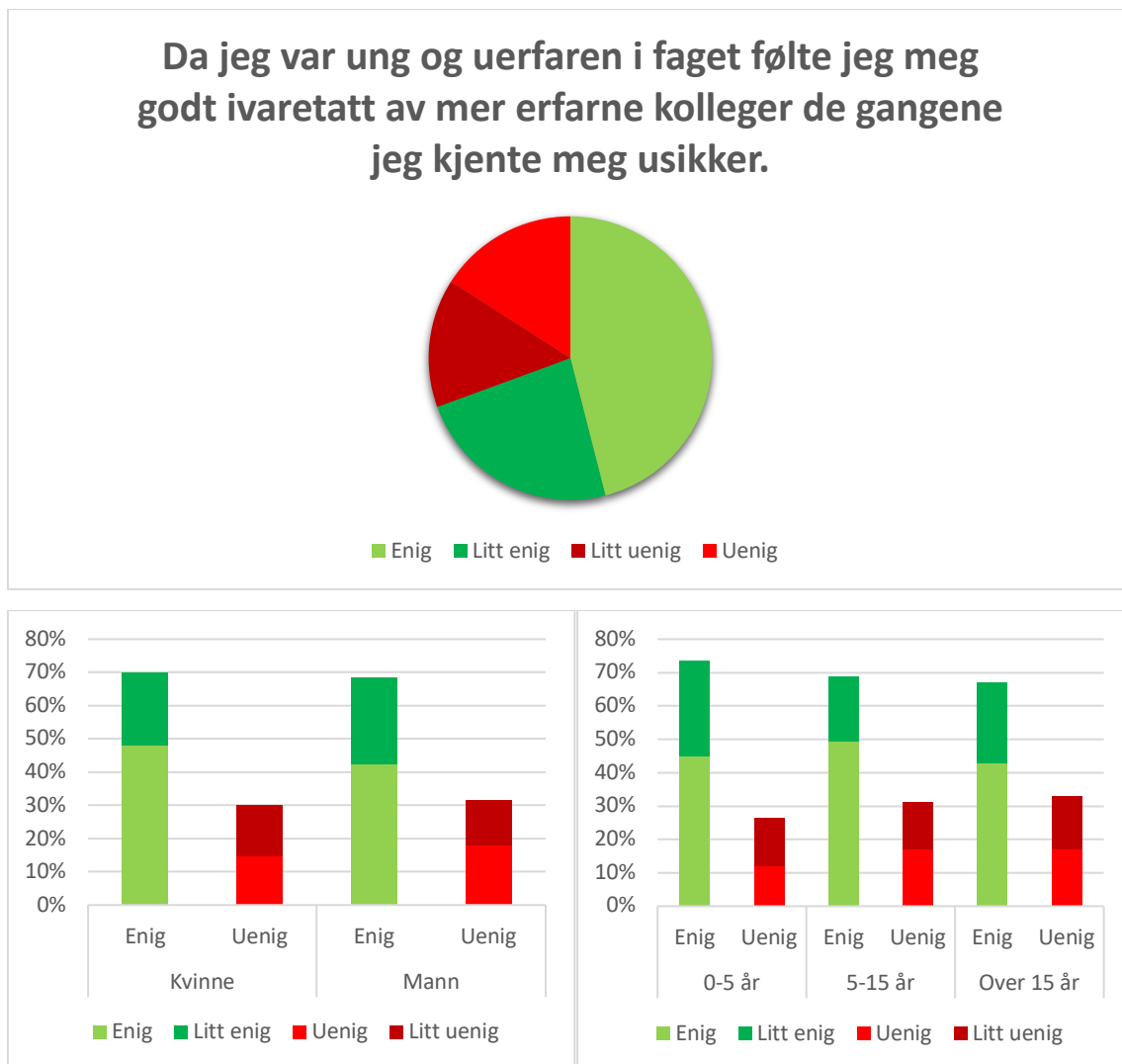
Figur 3b



63 % rapporterte at de opplevde å være mindre plaget av usikkerhet nå enn tidligere i karrieren av klinisk usikkerhet. 6 % svarte at de var uenig i dette. Kvinner og menn rapporterte ikke signifikant forskjellig på dette spørsmålet ($X^2(3, N=402)=1,362$, $p = 0.714$). Som i figur 3a sier de erfarne legene seg oftere enige med denne påstanden. 72 % av de med 5-15 års erfaring og 67 % av de med over 15 års erfaring kjenner seg igjen i dette. Mens blant de mindre erfarne legene var 43 % enig i påstanden. 11 % av de med 0-5 års erfaring, 3 % av de med 5-15 års erfaring og 6 % av de med over 15 års erfaring svarte at de var uenig i dette. Gruppen med 0-5 års erfaring skiller seg mest fra de andre gruppene. Forskjellen var signifikant ($X^2(6, N=402) = 29,835$, $p < 0.001$).

Spørsmål: Da jeg var ung og uerfaren i faget følte jeg meg godt ivaretatt av mer erfarne kolleger de gangene jeg kjente meg usikker.

Figur 3c



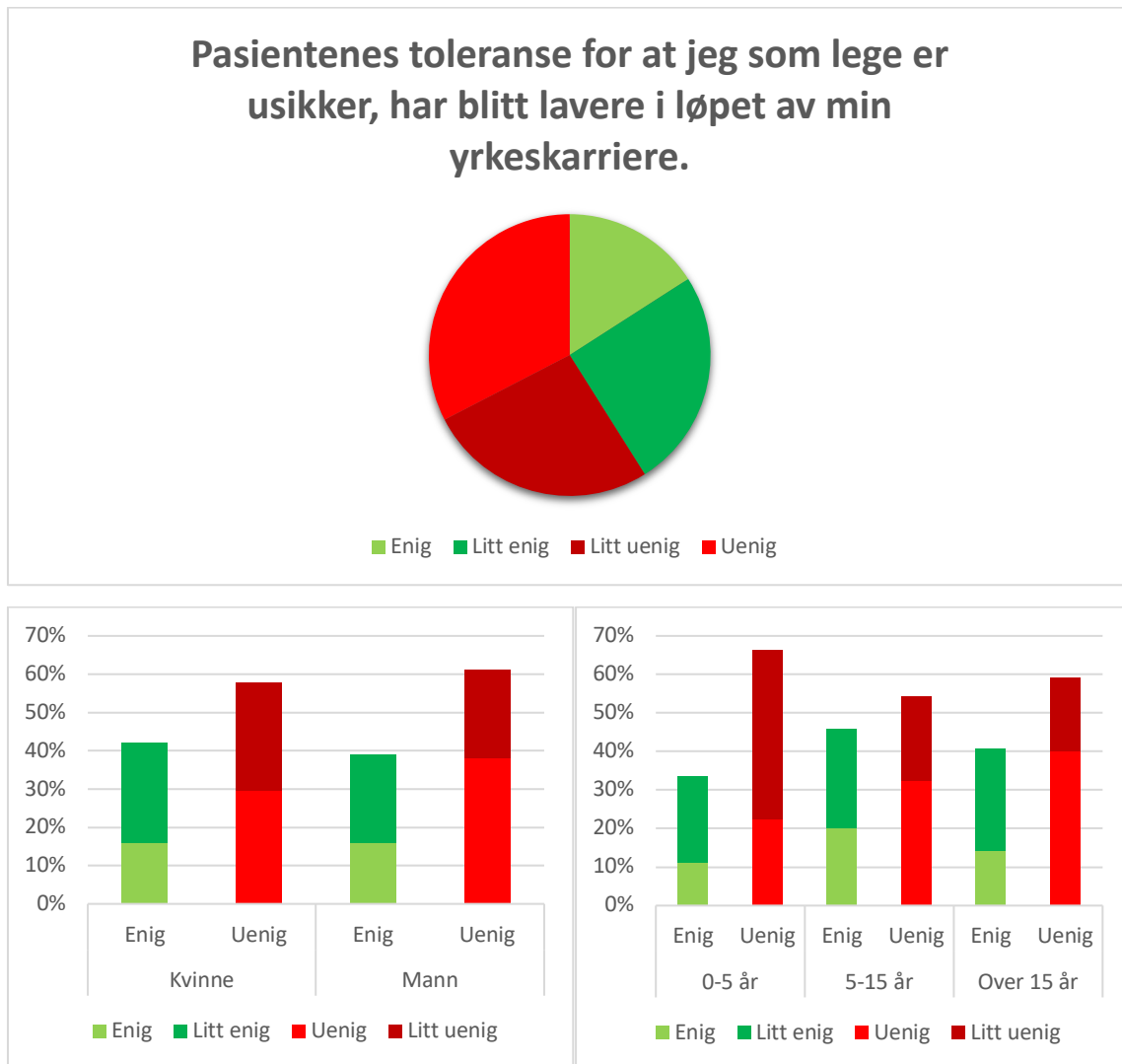
46 % rapporterte å være helt enig i at de følte seg godt ivaretatt som nyutdannet og usikker.

16 % var uenig i denne påstanden. Kvinner og menn rapporterte ikke signifikant forskjellig på dette spørsmålet ($X^2(3, N=402) = 1,881, p = 0.597$).

Respondenter fra de ulike gruppene av erfaring rapporterte heller ikke signifikant forskjellig ($X^2(6, N=402) = 4,224, p = 0.646$).

Spørsmål: Pasientenes toleranse for at jeg som lege er usikker, har blitt lavere i løpet av min yrkeskarriere.

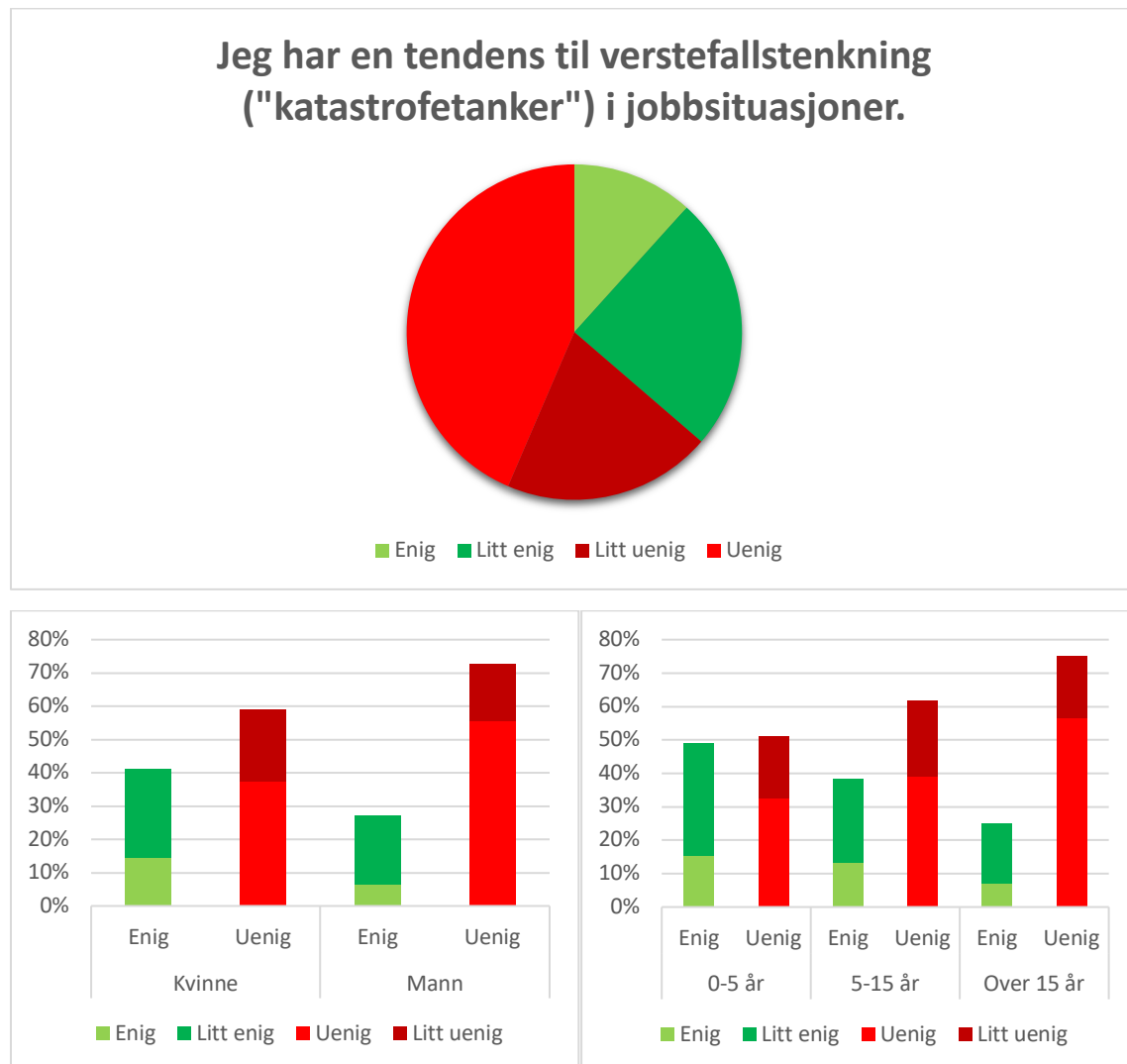
Figur 3d



16 % rapporterte at de var enig i at pasientens toleranse for deres usikkerhet var blitt redusert i løpet av deres karriere. 33 % rapporterte at de var uenig i dette. Kvinner og menn rapporterte ikke signifikant forskjellig på dette spørsmålet ($X^2(3, N=402) = 3,280, p=0.35$). Mer erfarne leger svarte i mindre grad enn uerfarne at pasientens toleranse for legers usikkerhet hadde blitt redusert. Av de med 0-5 års erfaring svarte 22 % uenig, av de med 5-15 års erfaring svarte 32 % uenig og av de med over 15 års erfaring svarte 40 % uenig. Gruppen med 5-15 års erfaring rapporterte oftest at de var enig (20 %), mens 14 % av legene med over 15 års erfaring svarte at de var enige, og 11 % av de med 0-5 års erfaring svarte ”enig” i dette. Forskjellen var signifikant ($X^2(6, N=402) = 24,527, p<0,001$).

Spørsmål: Jeg har en tendens til verstefallstenkning ("katastrofetanker") i jobbsituasjoner.

Figur 3e

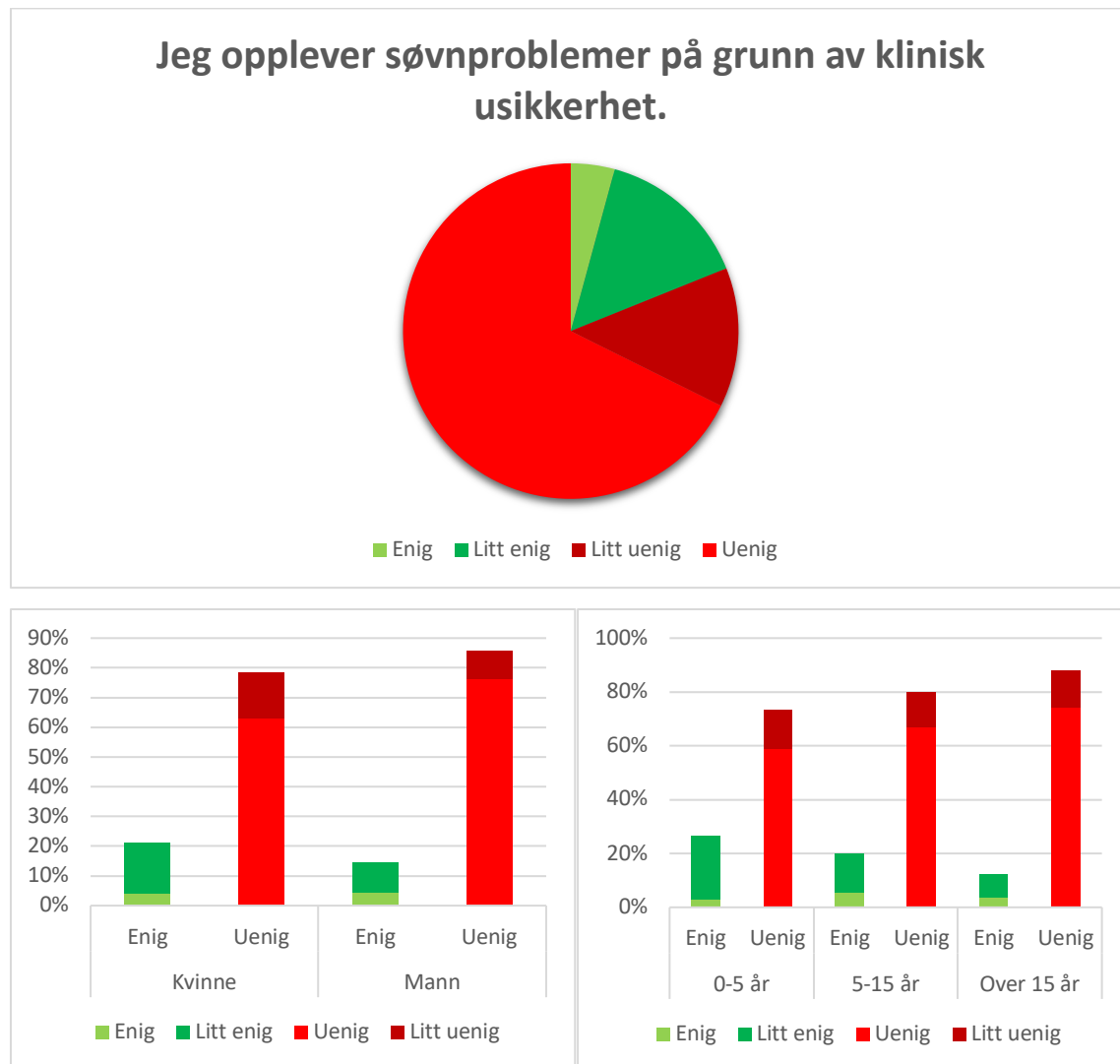


12 % av alle respondentene rapporterte at de var enig i å ha en tendens til verstefallstenkning i jobbsituasjoner. 44 % rapporterte at de var uenig i dette. Av de kvinnelige respondentene var 14 % enige og 37 % uenige. Av de mannlige respondentene var 6 % enige og 55 % uenige. Kjønnsforskjellen var signifikant ($X^2(3, N=402) = 13,913, p=0.003$).

Gruppen av respondenter med mest erfaring rapporterte oftest av de var uenig i å ha hatt en tendens til verstefallstenkning (56 %). 39 % av de med 5-15 års erfaring var i uenig, mens 33 % av de med 0-5 års erfaring var uenig. 15 % av de med 0-5 års erfaring, 13 % av de med 5-15 års erfaring og 7 % av de med over 15 års erfaring var enige. Forskjellen mellom alle tre grupper var signifikant ($p = 0.003$).

Spørsmål: Jeg opplever søvnproblemer på grunn av klinisk usikkerhet.

Figur 3f



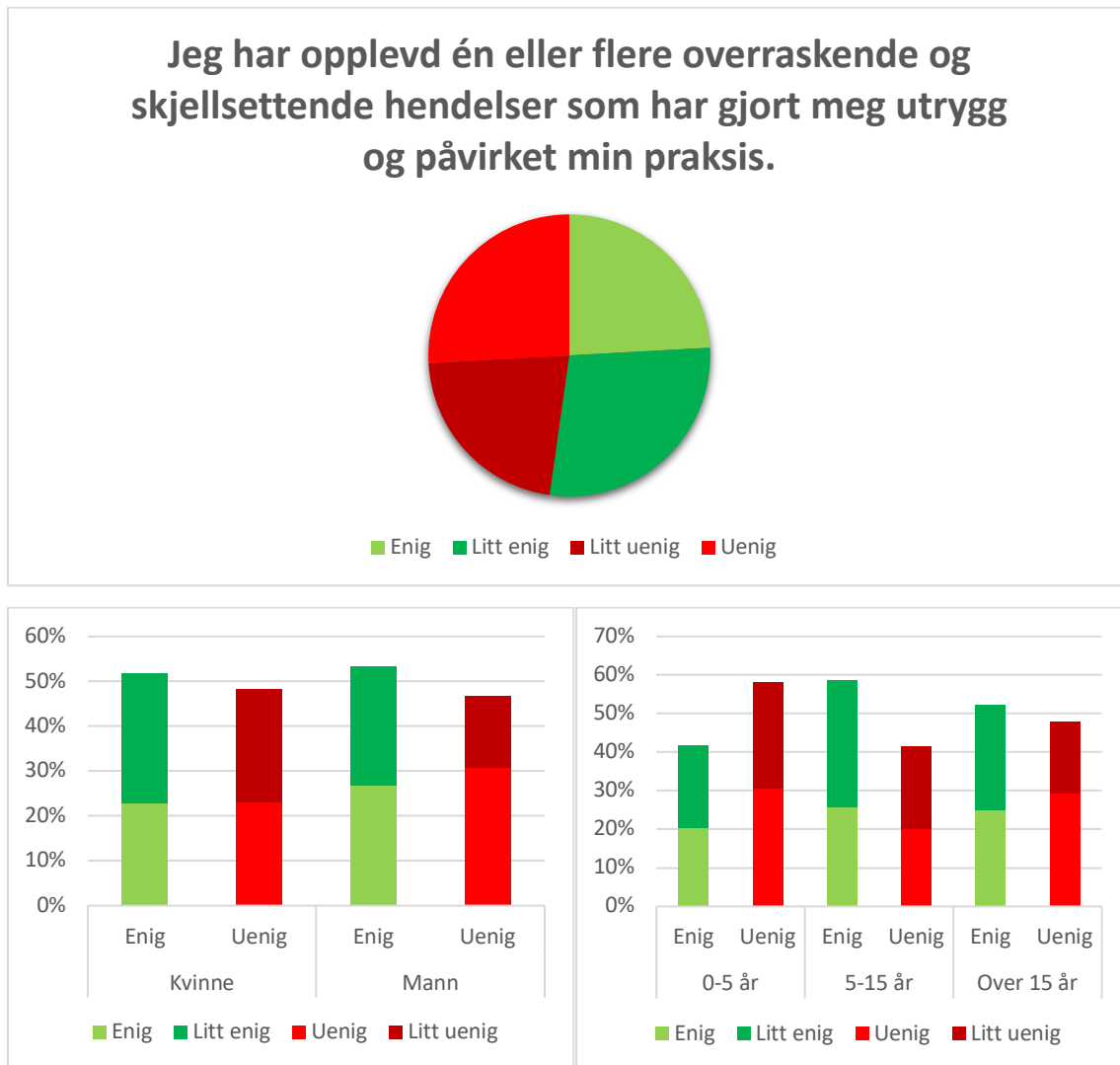
4 % av alle respondentene sa seg enig i å ha opplevd søvnproblemer på grunn av klinisk usikkerhet. En større andel (13 %) sa seg imidlertid «litt enig». 68 % svarte at de var uenige i utsagnet.

De kvinnelige og mannlige respondentene rapporterte like ofte at de var enige i å ha opplevd søvnproblemer (4 %). Kvinnene svarte dernest oftere at de var litt enige (17 %) eller litt uenige (16 %). Blant mennene var 10 % litt enige og 9 % litt uenige. Kjønnsforskjellen var signifikant ($X^2(3, N=402) = 8,028, p = 0.045$).

Respondenter fra de ulike gruppene av erfaring rapporterte ikke signifikant forskjell på dette spørsmålet ($X^2(6, N=402) = 11,852, p = 0.065$).

Spørsmål: Jeg har opplevd én eller flere overraskende og skjellsettende hendelser som har gjort meg utrygg og påvirket min praksis.

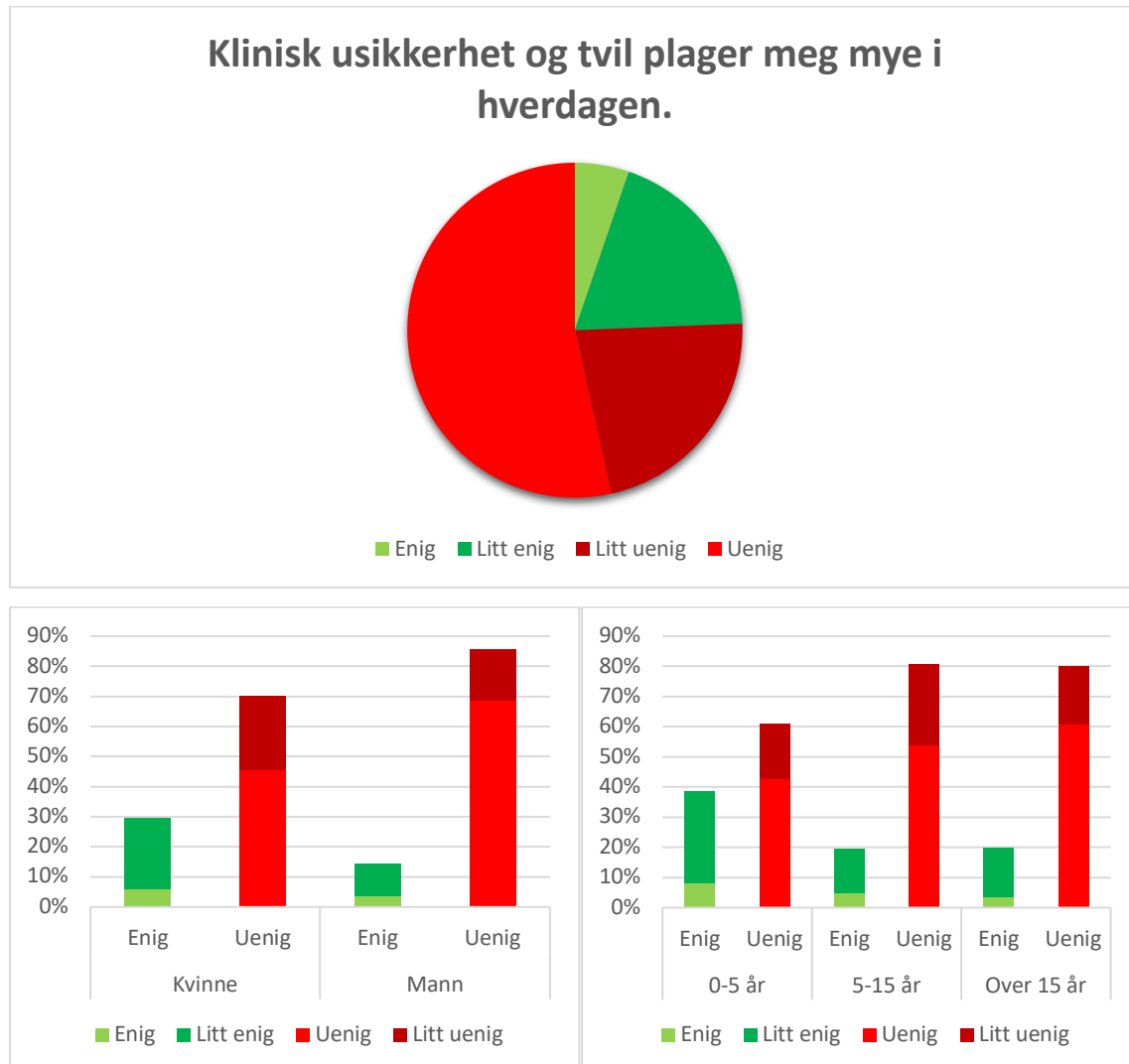
Figur 3g



Respondentene fordelte seg her jevnt i grupper: 24 % svarte at de var enig i dette, 28 % svarte litt enig, 22 % svarte litt uenig og 26 % svarte uenig. Kvinner og menn samt leger med ulike nivå av erfaring rapporterte ikke signifikante forskjeller på dette spørsmålet (kjønn: $X^2(3, N=402) = 6,388, p = 0,094$. Erfaring: $X^2(6, N=402) = 9,451, p = 0,15$)

Spørsmål: Klinisk usikkerhet og tvil plager meg mye i hverdagen.

Figur 3h

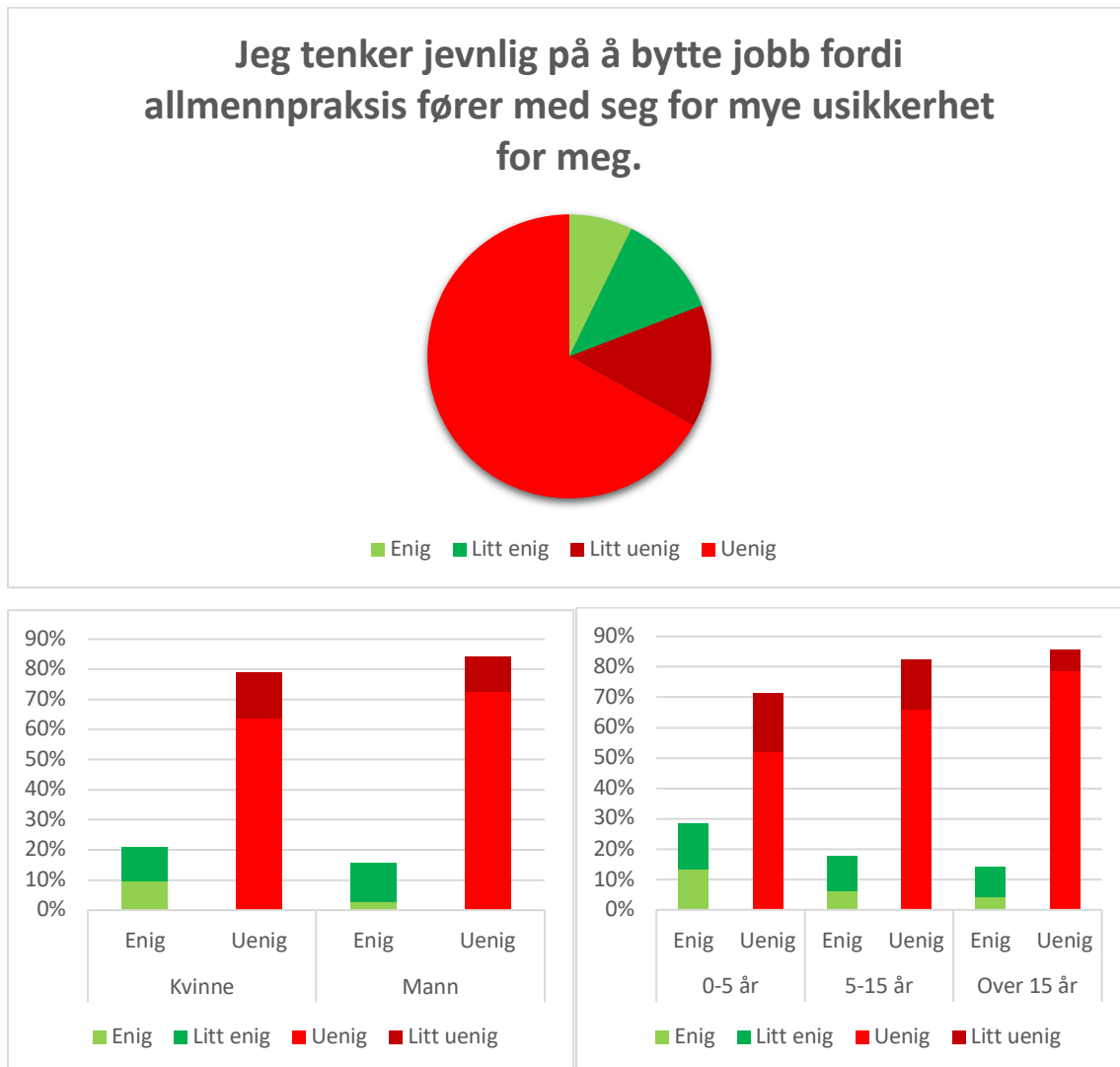


5 % av alle respondentene rapporterte at de følte seg mye plaget av klinisk usikkerhet og tvil i hverdagen. 53 % svarte at de var uenige i dette. 68 % av de mannlige og 46 % av de kvinnelige respondentene rapporterte at de var uenige i at de var mye plaget. 3 % av de mannlige respondentene og 6 % av de kvinnelige svarte at de var enige i at de var mye plaget. Forskjellen mellom kjønnene var signifikant ($X^2(3, N=402) = 19,888, p < 0.001$).

Gruppen av respondenter med 0-5 års erfaring rapporterte oftere at de var enige (8 %) eller litt enig (31 %) i å være mye plaget av klinisk usikkerhet enn sine mer erfarne kolleger (4 % enig og 14 % litt enig av de med 5-15 års erfaring, 3 % enig og 16 % litt enig av de med over 15 års erfaring). 43 % av de med 0-5 års erfaring, 53 % av de med 5-15 års erfaring og 60 % av de med over 15 års erfaring var uenige i å være mye plaget av klinisk usikkerhet og tvil i hverdagen. Forskjellen mellom gruppene var signifikant ($X^2(6, N=402) = 17,612, p = 0.007$).

Spørsmål: Jeg tenker jevnlig på å bytte jobb fordi allmennpraksis fører med seg for mye usikkerhet for meg.

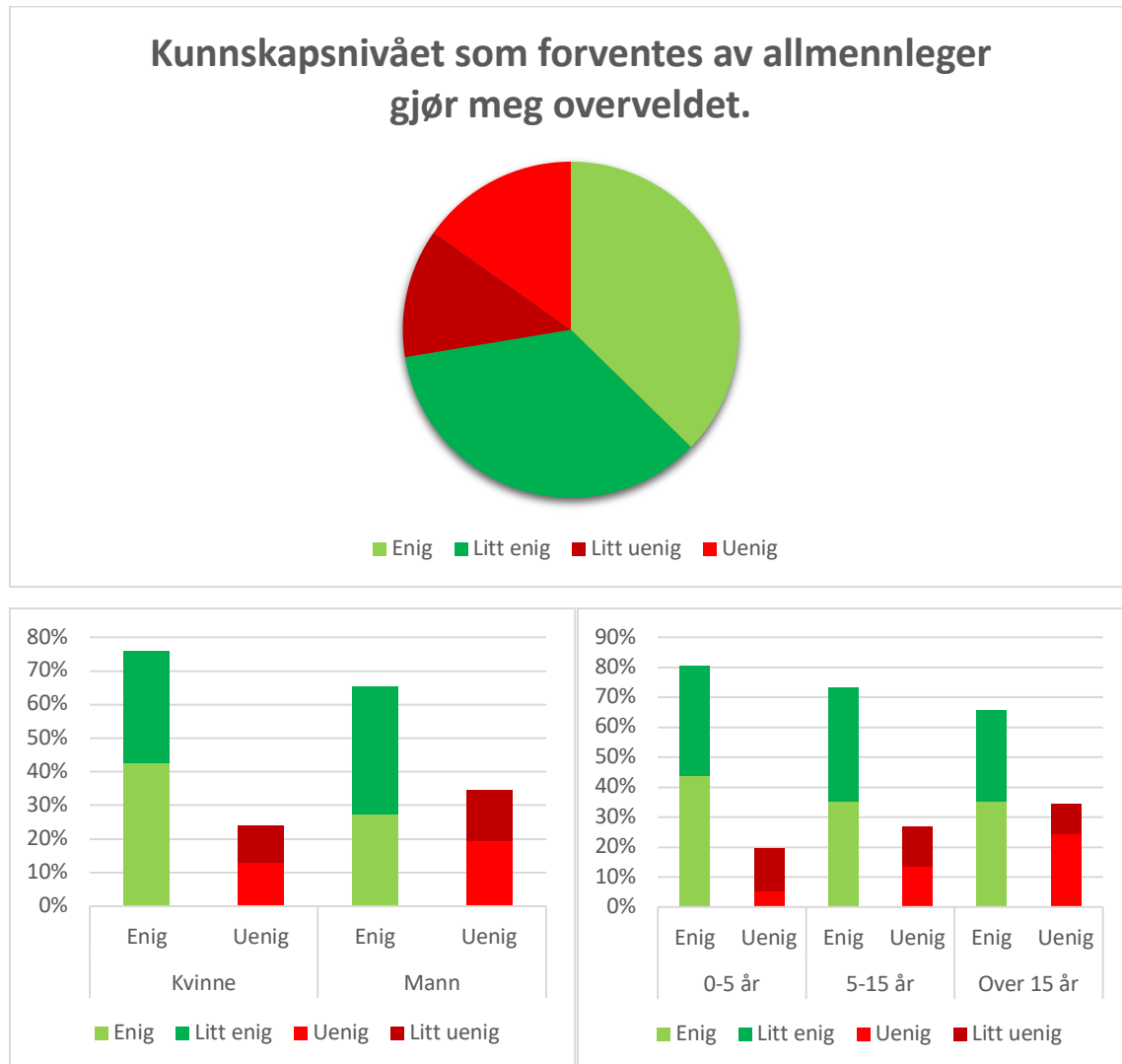
Figur 3i



7 % av alle respondentene var enige i utsagnet, mens 67 % var uenige. Kvinner og menn rapporterte ikke signifikant forskjell på dette spørsmålet ($X^2(3, N=402) = 7,660, p = 0.054$). 13 % av de minst erfarne, 6 % av de mer erfarne og 4 % av de mest erfarne rapporterte at de vurderte å bytte jobb på grunn av klinisk usikkerhet. 52 % av de minst erfarne, 65 % av de mer erfarne og 78 % av de mest erfarne svarte at de ikke vurderte å bytte jobb på grunn av klinisk usikkerhet. Forskjellen var signifikant ($X^2(6, N=402) = 21,902, p = 0.001$).

Spørsmål: Kunnskapsnivået som forventes av allmennleger gjør meg overveldet.

Figur 3j

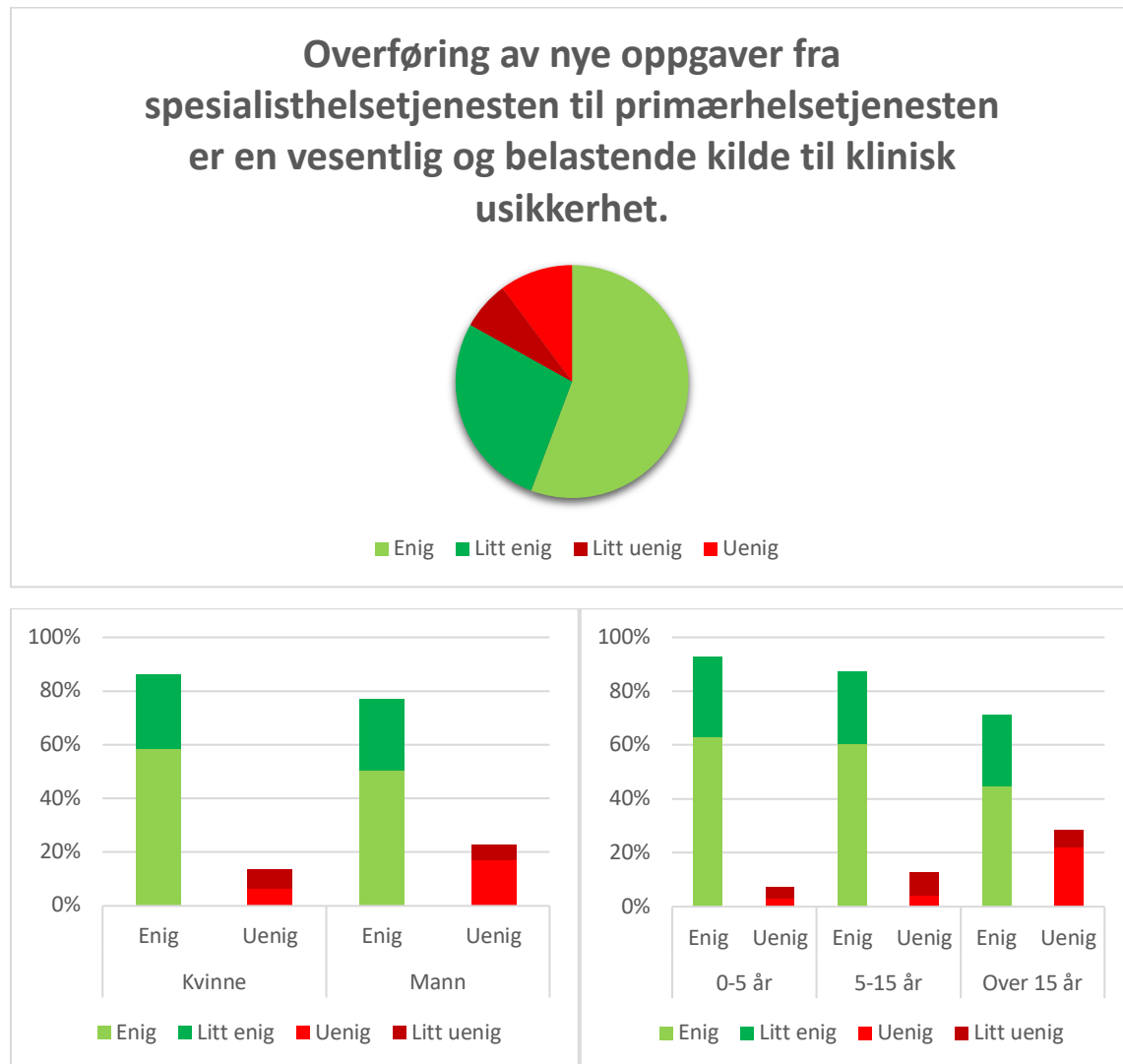


37 % av alle respondentene rapporterte at de ble overveldet av forventninger til kunnskap i allmennpraksis. 15 % svarte at de ikke ble overveldet av det som forventes av kunnskap. 35 % rapporterte at de var litt enig. 43 % av de kvinnelige og 27 % av de mannlige respondentene rapporterte at de var enige i å bli overveldet. 13 % av de kvinnelige og 19 % av de mannlige respondentene rapporterte å ikke føle seg overveldet. Det var signifikant forskjell mellom mannlige og kvinnelige respondenter ($X^2(3, N=402) = 9,979, p = 0.019$).

44 % av de med 0-5 års erfaring, 35 % av de med 5-15 års erfaring og 35 % av de med over 15 års erfaring rapporterte at de følte seg overveldet på grunn av forventninger til kunnskapsnivået i allmennpraksis. 5 % av de med 0-5 års erfaring, 13 % av de med 5-15 års erfaring og 24 % av de med over 15 års erfaring rapporterte at de ikke følte seg overveldet. Forskjellen var signifikant ($X^2(6, N =402) = 18,294, p = 0.006$).

Spørsmål: Overføring av nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten er en vesentlig og belastende kilde til klinisk usikkerhet.

Figur 3k

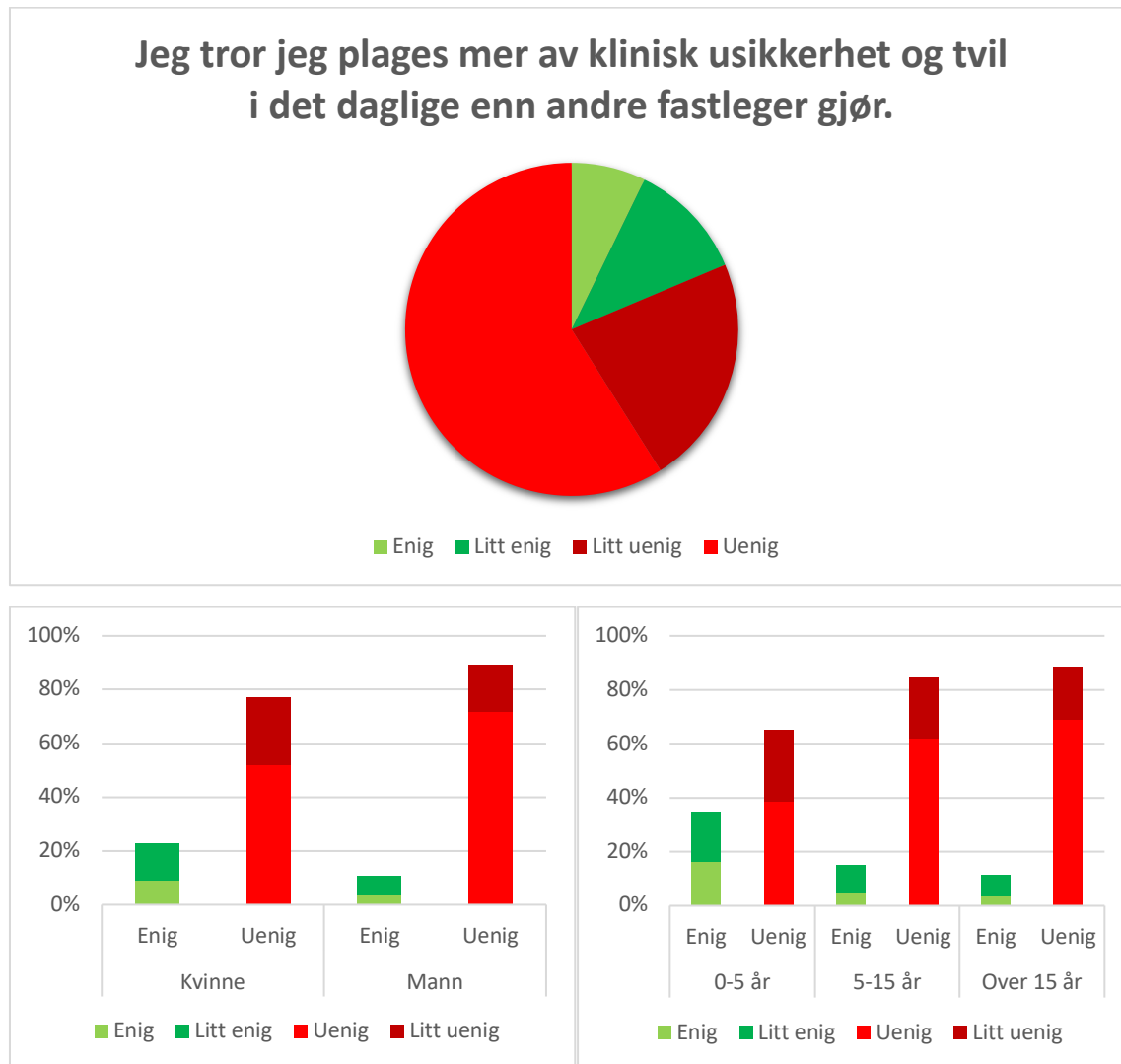


56 % av alle respondentene svarte «enig» i at oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten var en vesentlig og belastende kilde til klinisk usikkerhet. 10 % rapporterte at de var uenig. De kvinnelige respondentene rapporterte oftere at de var enig enn menn. 59 % kvinner og 50 % menn var enige i denne påstanden. Menn var oftere uenig; 17 % av mennene svarte at de var uenig og 6 % av kvinnene. Forskjellen mellom kvinner og menn var signifikant ($X^2(3, N=402) = 11,836, p = 0.008$).

I gruppen med 0-5 års erfaring svarte 63 % at de var enig, mens i gruppen med 5-15 års erfaring rapporterte 60 % at de var enig. I gruppen med over 15 års erfaring svarte 45 % at de var enige. Gruppen med lengst erfaring rapporterte mest at de var uenige (22 %) mens de to andre gruppene svarte noenlunde likt på spørsmålet (4 % av de med 5-15 års erfaring og 3 % av de med 0-5 års erfaring). Forskjellen var signifikant ($X^2(6, N=402) = 36,736, p < 0.001$).

Spørsmål: Jeg tror jeg plages mer av klinisk usikkerhet og tvil i det daglige enn andre fastleger gjør.

Figur 31

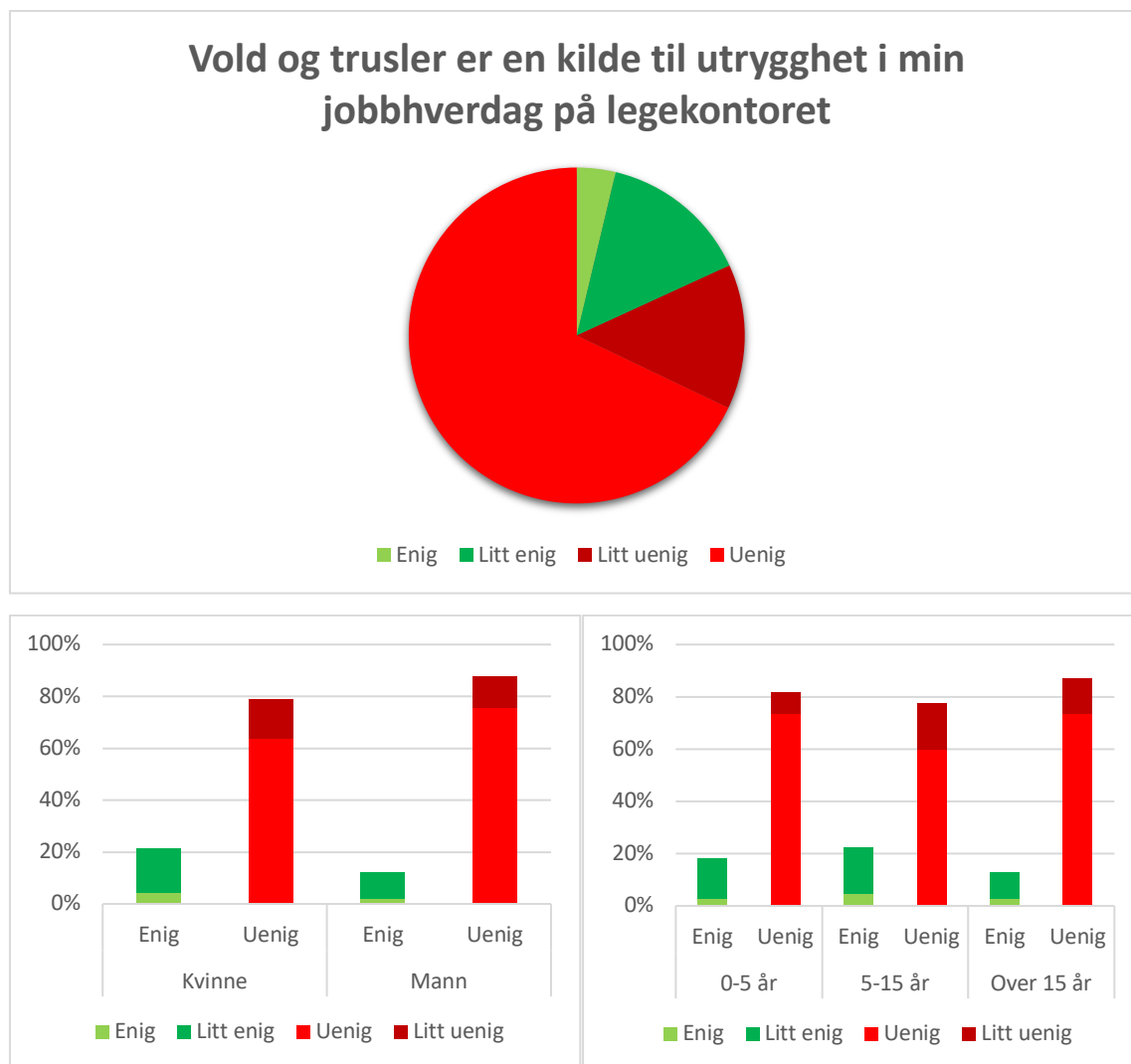


Av alle respondentene rapporterte 7 % at de trodde de var plaget av usikkerhet enn andre fastleger. 59 % var uenige. De kvinnelige respondentene rapporterte oftere enn de mannlige at de følte seg mer plaget enn andre fastleger (9 % av kvinnelige mot 3 % av mannlige). De mannlige respondentene svarte oftere at de var uenige (71 % av de mannlige mot 52 % av de kvinnelige). Kjønnsforskjellen var signifikant ($X^2(3, N=402) = 15,772, p = 0.001$).

De minst erfarne legene svarte oftest at de følte seg mer usikre enn sine kolleger. Fra gruppen med 0-5 års erfaring rapporterte 16 % at de var enige, mens 4 % av de med 5-15 års erfaring og 3 % av de med over 15 års erfaring svarte det samme. De med mest erfaring svarte oftest at de var uenig (69 % av de med over 15 års erfaring mot 62 % av de med 5-15 års erfaring og 39 % av de med 0-5 års erfaring). Forskjellen var signifikant ($X^2(6, N=402) = 31,892, p < 0.001$).

Spørsmål: Vold og trusler er en kilde til utrygghet i min jobbhverdag på legekontoret

Figur 3m

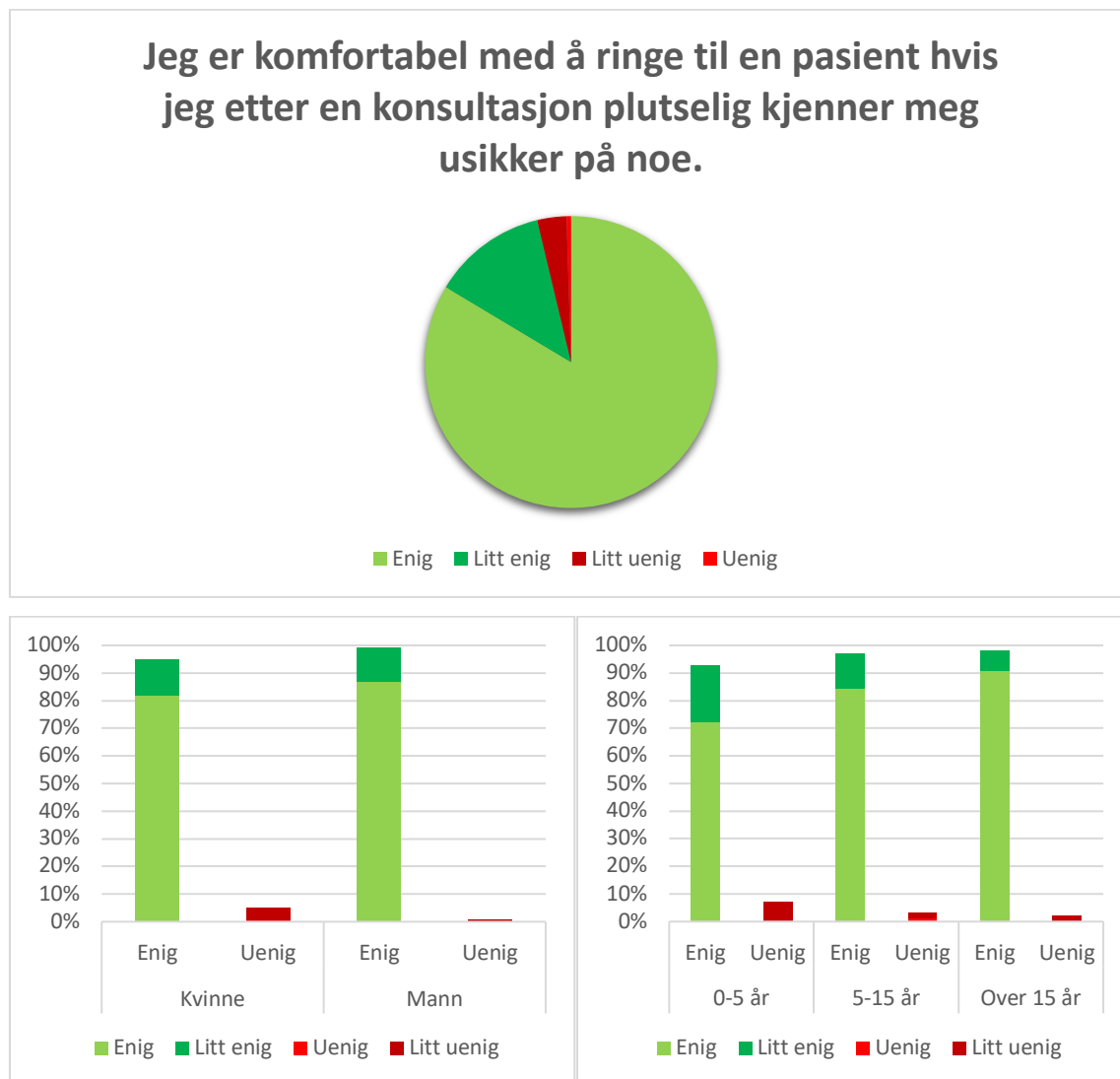


4 % av alle respondentene rapporterte at de opplevde vold og trusler som en kilde til utrygghet i deres jobbhverdag. 68 % rapporterte at det ikke var en kilde til utrygghet i deres jobbhverdag. De ulike gruppene av kjønn og erfaring rapporterte ikke signifikante forskjeller på dette spørsmålet (kjønn: $X^2(3, N= 402) = 6,365, p = 0,091$. Erfaring: $X^2(6, N=402) = 10,865, p = 0,093$).

Strategier

Spørsmål: Jeg er komfortabel med å ringe til en pasient hvis jeg etter en konsultasjon plutselig kjenner meg usikker på noe.

Figur 4a



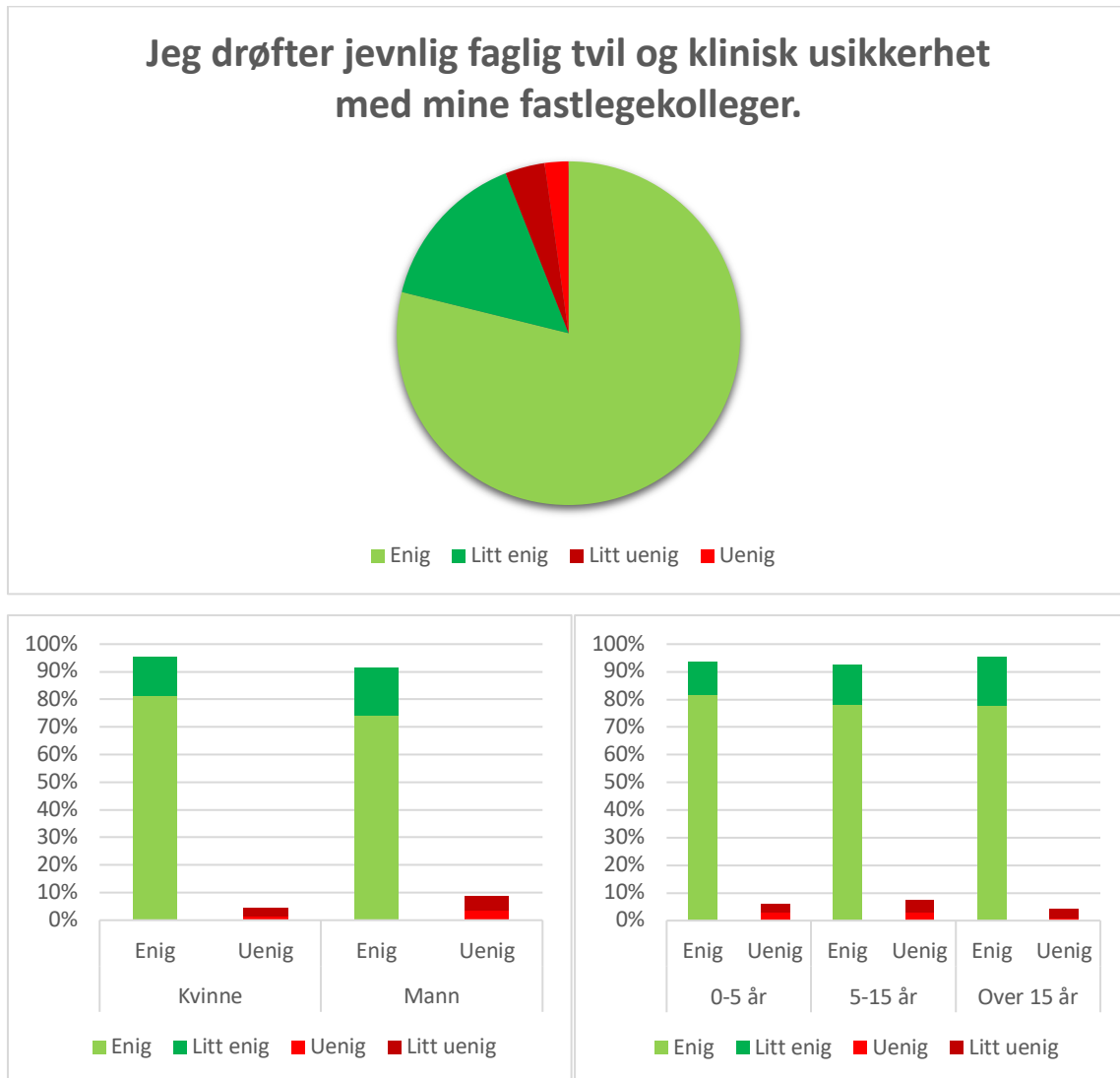
84 % av alle respondentene rapporterte at de var komfortable med å ringe pasienten hvis de ble usikre etter en konsultasjon. 0,5 % (2 respondenter totalt) rapporterte at de ikke var komfortable med dette. Kvinner og menn rapporterte ingen signifikante forskjeller på dette spørsmålet ($X^2(3, N= 402) = 5,551, p = 0,136$)

Henholdsvis 72 %, 84 % og 90 % av gruppene med 0-5 år, 5-15 år og over 15 års erfaring svarte at de var enige i å være komfortabel med å ringe en pasient etter en konsultasjon. Av gruppen med minst erfaring svarte 7 % at de var litt uenig, mens 2 % i de to mer erfarne gruppene svarte de var litt uenig. 1 % av de i gruppen med 5-15 års erfaring var uenige, mens

ingen i de to andre gruppene svarte dette. Forskjellen mellom de ulike gruppene er signifikant ($X^2(6, N= 402) = 19,359, p = 0.004$).

Spørsmål: Jeg drøfter jevnlig faglig tvil og klinisk usikkerhet med mine fastlegekolleger.

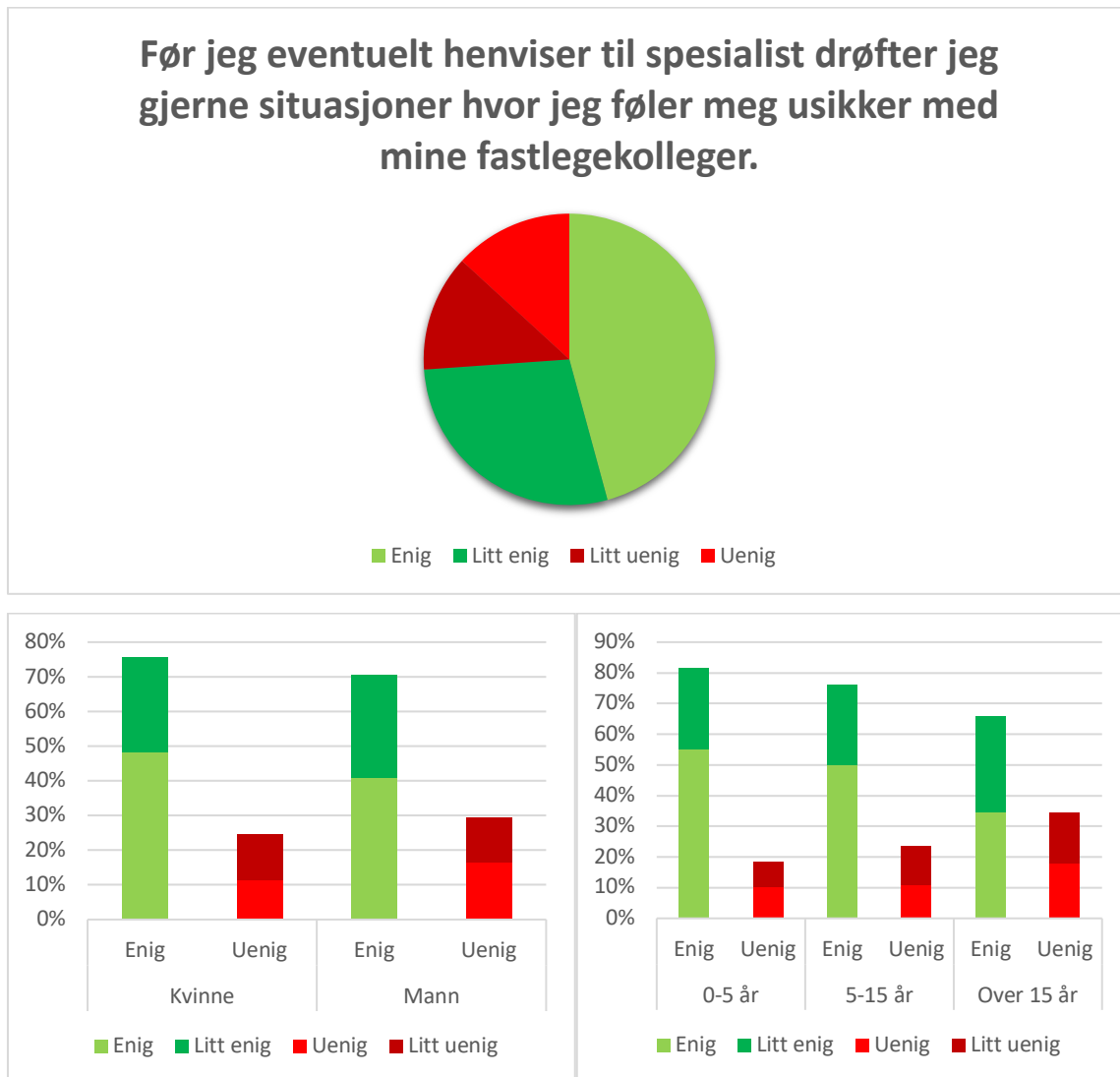
Figur 4b



79 % av respondentene svarte at de jevnlig drøftet tvil og klinisk usikkerhet med sine fastlegekolleger. 2 % svarte at de ikke gjorde det. De ulike gruppene av kjønn og erfaring rapporterte ikke signifikante forskjeller på dette spørsmålet (kjønn: $X^2(3, N=402) = 3,942, p = 0,268$. Erfaring: $X^2(6, N= 402) = 3,861, p = 0,695$)

Spørsmål: Før jeg eventuelt henviser til spesialist drøfter jeg gjerne situasjoner hvor jeg føler meg usikker med mine fastlegekolleger.

Figur 4c

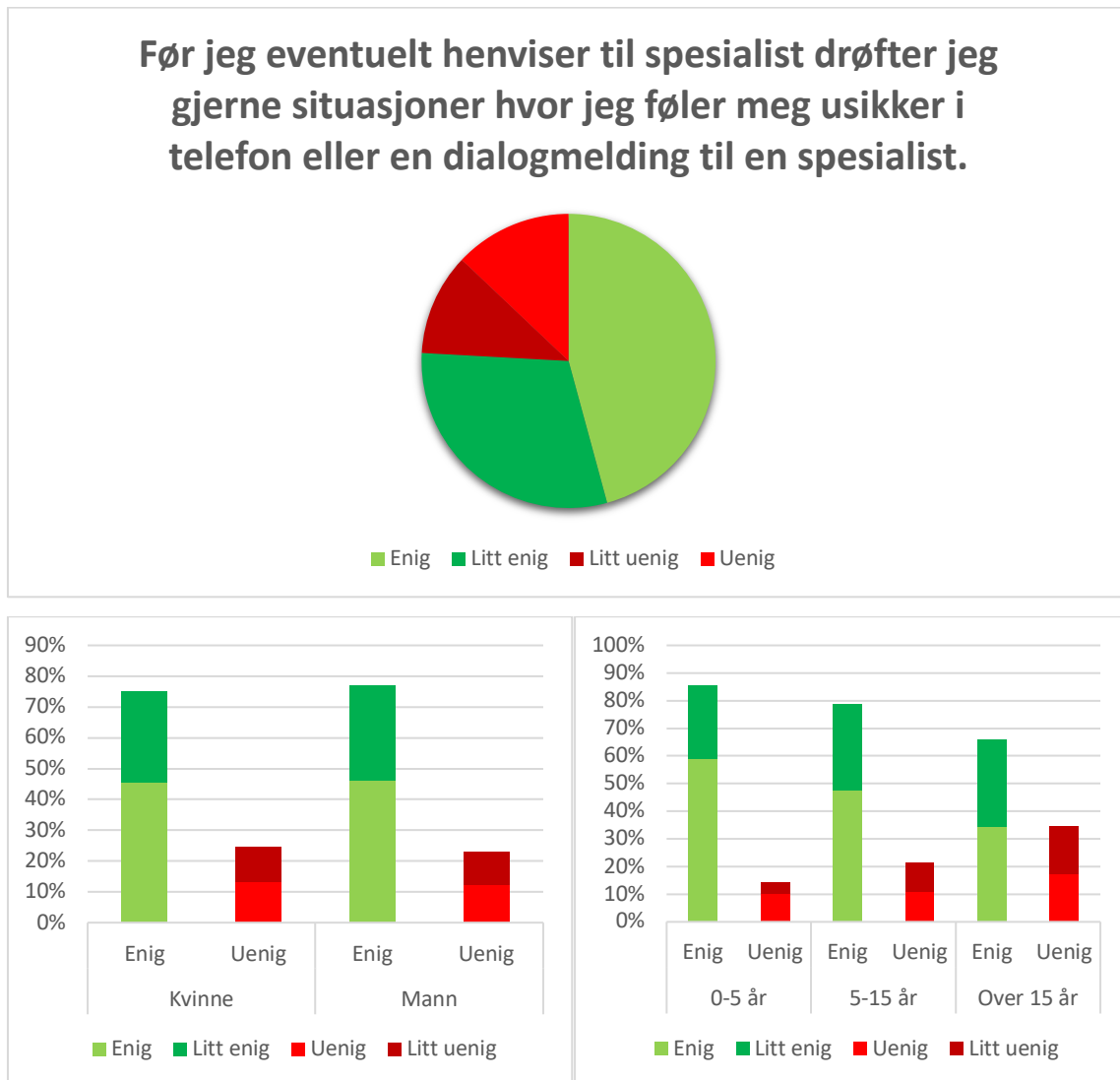


46 % av alle respondentene svarte enig på spørsmål om de konfererte med fastlegekolleger før henvisning. 13 % svarte uenig. Det var ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn på dette spørsmålet ($X^2(3, N= 402) = 3,021, p = 0,388$).

De ulike gruppene av erfaring svarte ulikt på dette spørsmålet. I gruppen med 0-5 års erfaring svarte 55 % at de var enige og 10 % at de var uenige. I gruppen med 5-15 års erfaring svarte 50 % at de var enige og 10 % at de var uenige. I gruppen med over 15 års erfaring svarte 34 % at de var enige og 17 % at de var uenige. Forskjellen mellom de ulike gruppene var signifikant ($X^2(6, N= 402) = 14,018, p = 0.029$).

Spørsmål: Før jeg eventuelt henviser til spesialist drøfter jeg gjerne situasjoner hvor jeg føler meg usikker i telefon eller en dialogmelding til en spesialist.

Figur 4d

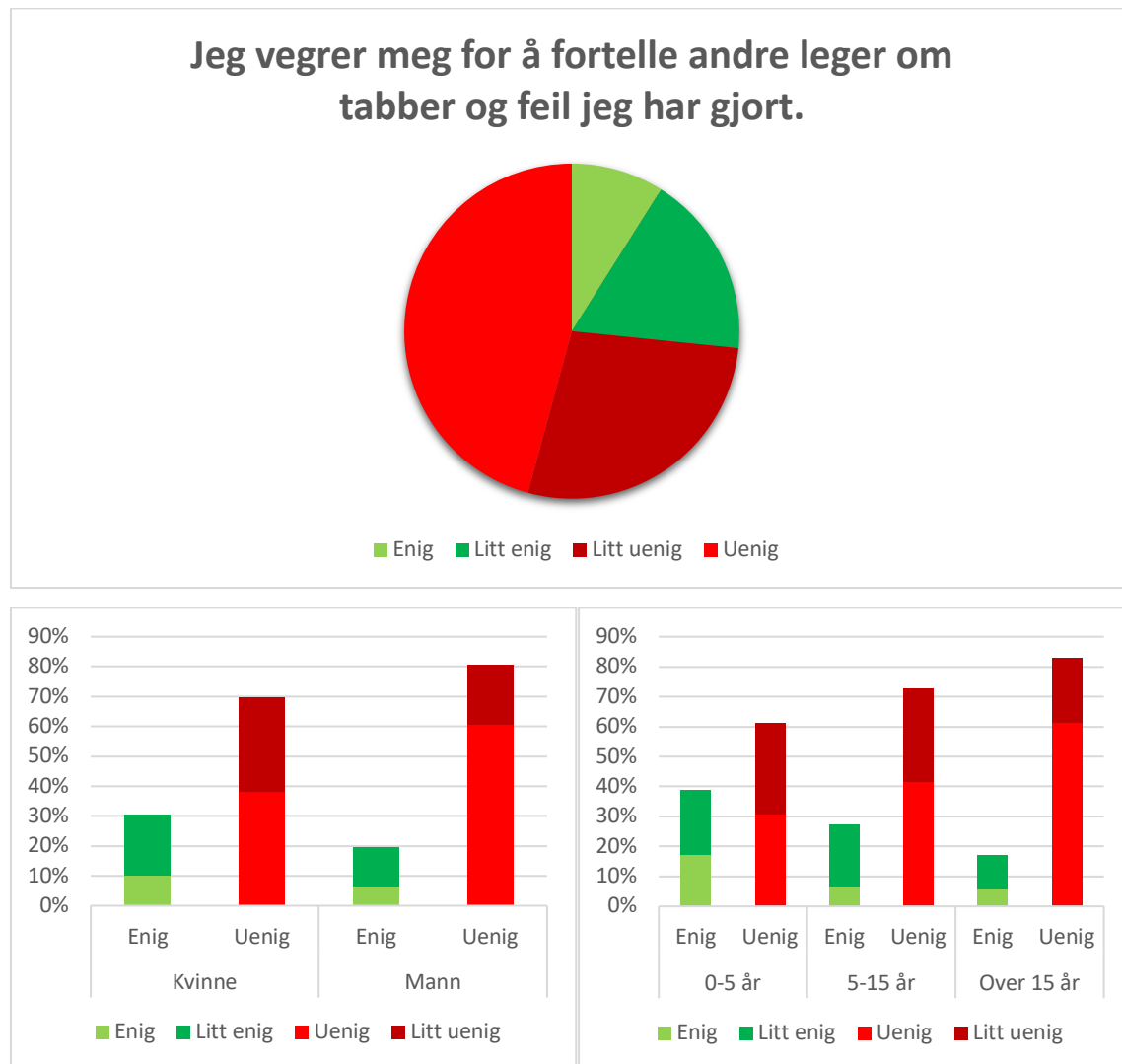


46 % av alle respondentene svarte ”enig” på spørsmål om de konfererte med en aktuell spesialist før henvisning. 13 % svarte ”uenig”. Det var ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn på dette spørsmålet ($X^2(3, N= 402) = 0,165, p = 0,983$).

Responsene fra gruppene med ulik erfaring fordelte seg likt som i figur 4c: i gruppen med 0-5 års erfaring svarte 55 % at de var enige og 10 % at de var uenige. I gruppen med 5-15 års erfaring svarte 50 % at de var enige og 10 % at de var uenige. I gruppen med over 15 års erfaring svarte 34 % at de var enige og 17 % at de var uenige. Forskjellene var også her signifikante ($X^2(6, N= 402) = 20,476, p = 0.002$).

Spørsmål: Jeg vegrer meg for å fortelle andre leger om tabber og feil jeg har gjort.

Figur 4e



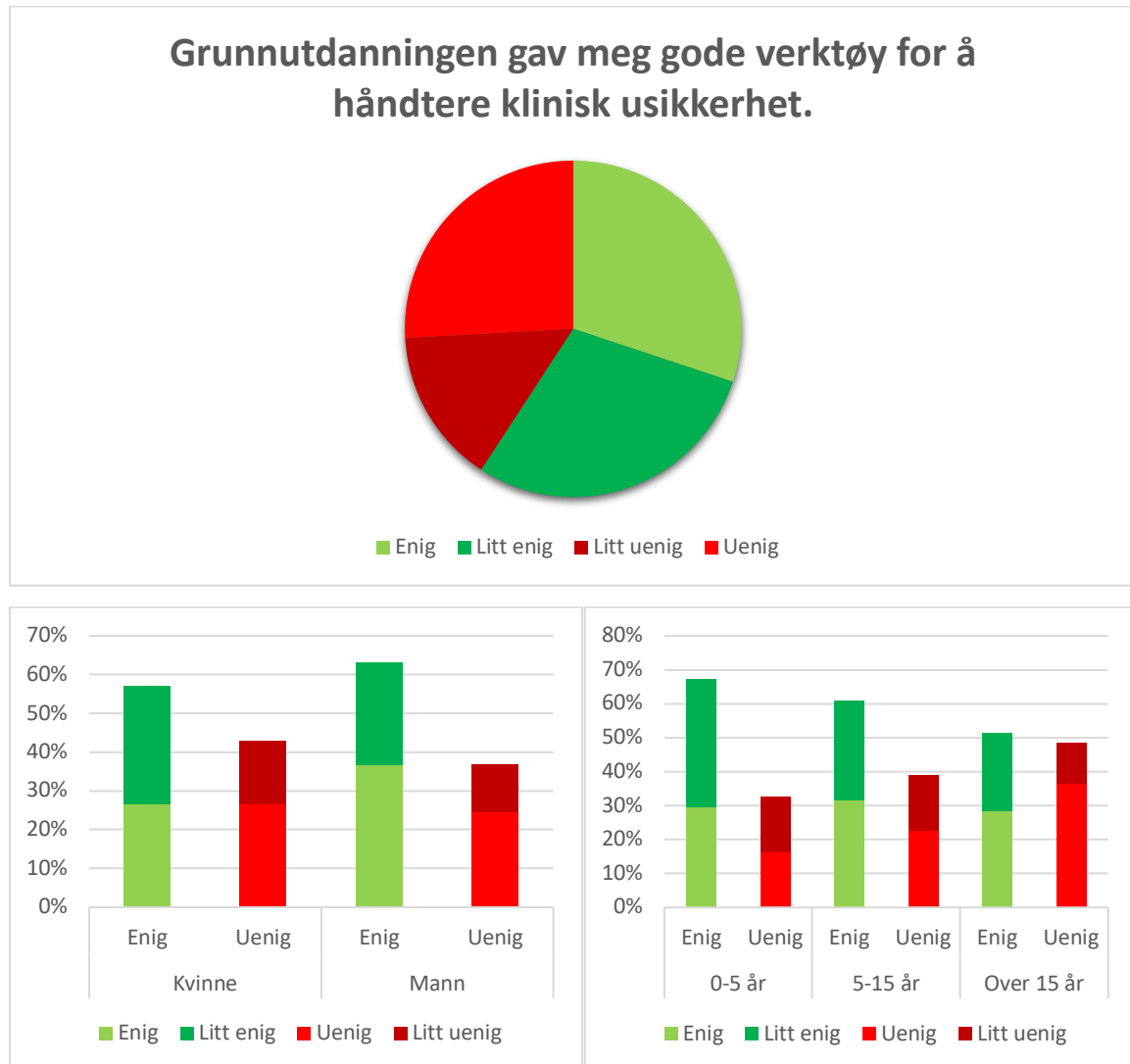
9 % av alle respondentene var enige i at de vegret seg for å fortelle andre leger om tabber og feil. 46 % var uenige i denne påstanden. 10 % av de kvinnelige respondentene og 6 % av de mannlige rapporterte at de vegret seg. 38% av kvinnene og 60 % av mennene var uenige.

Kjønnforskjellen var signifikant ($X^2(3, N= 402) = 18,399, p<0.001$).

17 % av de med 0-5 års erfaring, 6 % av de med 5-15 års erfaring og 5 % av de med over 15 års erfaring rapporterte at de vegret seg for å fortelle om tabber og feil til sine kollegaer. 31 % av de ferskeste var uenige, mens 41 % av de i mellom-sjiktet og 61 % av de med mest erfaring var uenige. Forskjellen mellom gruppene var signifikant ($X^2(6, N= 402) = 31,079, p< 0.001$).

Spørsmål: Grunnutdanningen gav meg gode verktøy for å håndtere klinisk usikkerhet.

Figur 4f

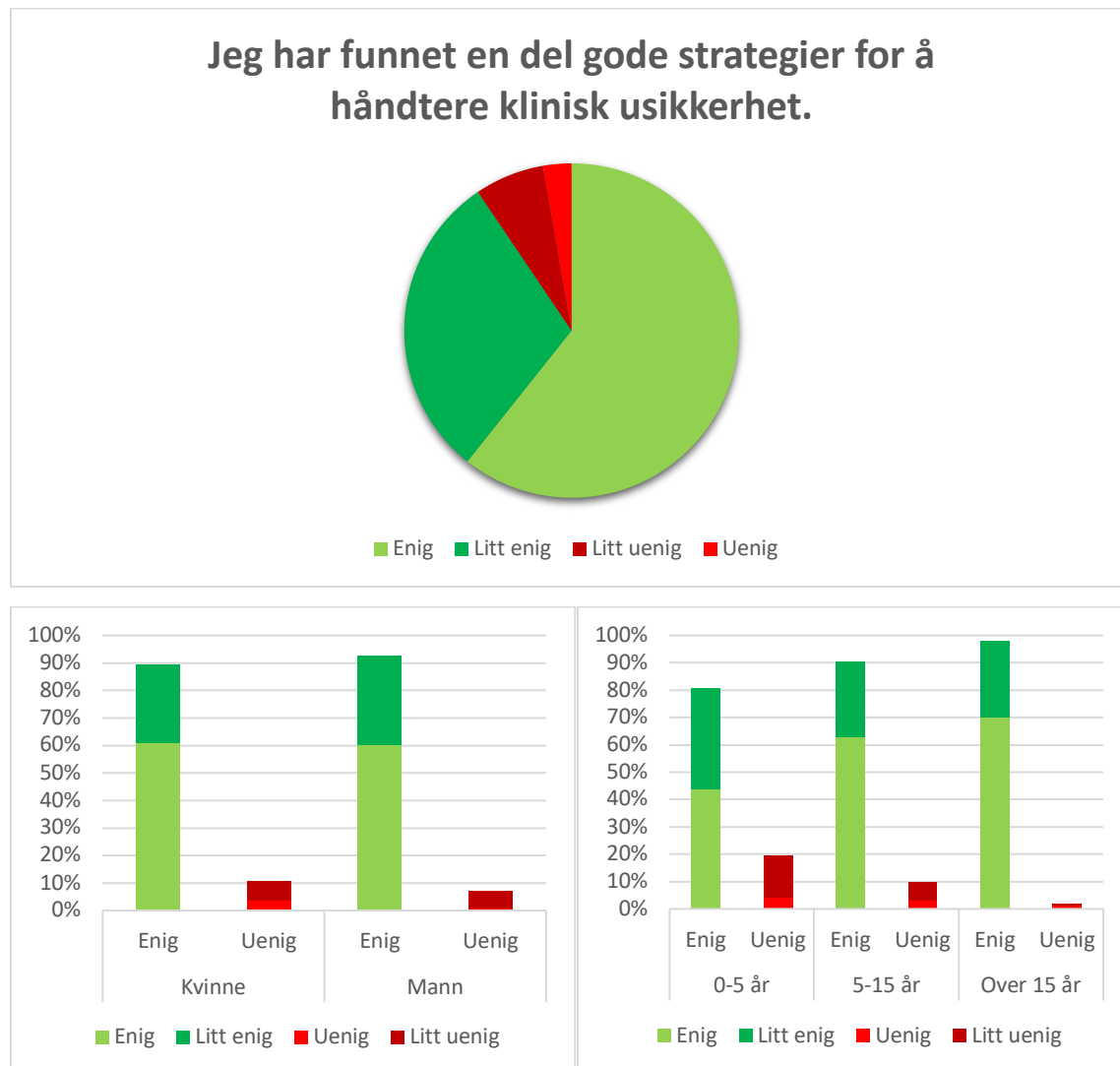


30 % av alle respondentene rapporterte at de var enige i at grunnutdanningen gav dem gode verktøy for å håndtere usikkerhet. 26 % var uenige. Det var ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn på dette spørsmålet ($X^2(3, N= 402) = 4,715, p = 0,194$). I gruppen med 0-5 års erfaring svarte 30 % av respondentene at de var enige og 16 % at de var uenige. 31 % var enige og 22 % uenige i gruppen med 5-15 års erfaring. 28 % var enige og 36 % var uenige i gruppen med over 15 års erfaring. Forskjellen mellom disse gruppene var signifikant ($X^2(6, N= 402) = 15,949, p = 0.014$).

Spørsmålet viste ikke signifikant forskjell mellom respondenter uteksaminert i Norge og respondenter uteksaminert i utlandet ($X^2(3, N= 402) = 5,696, p = 0,127$).

Spørsmål: Jeg har funnet en del gode strategier for å håndtere klinisk usikkerhet.

Figur 4g

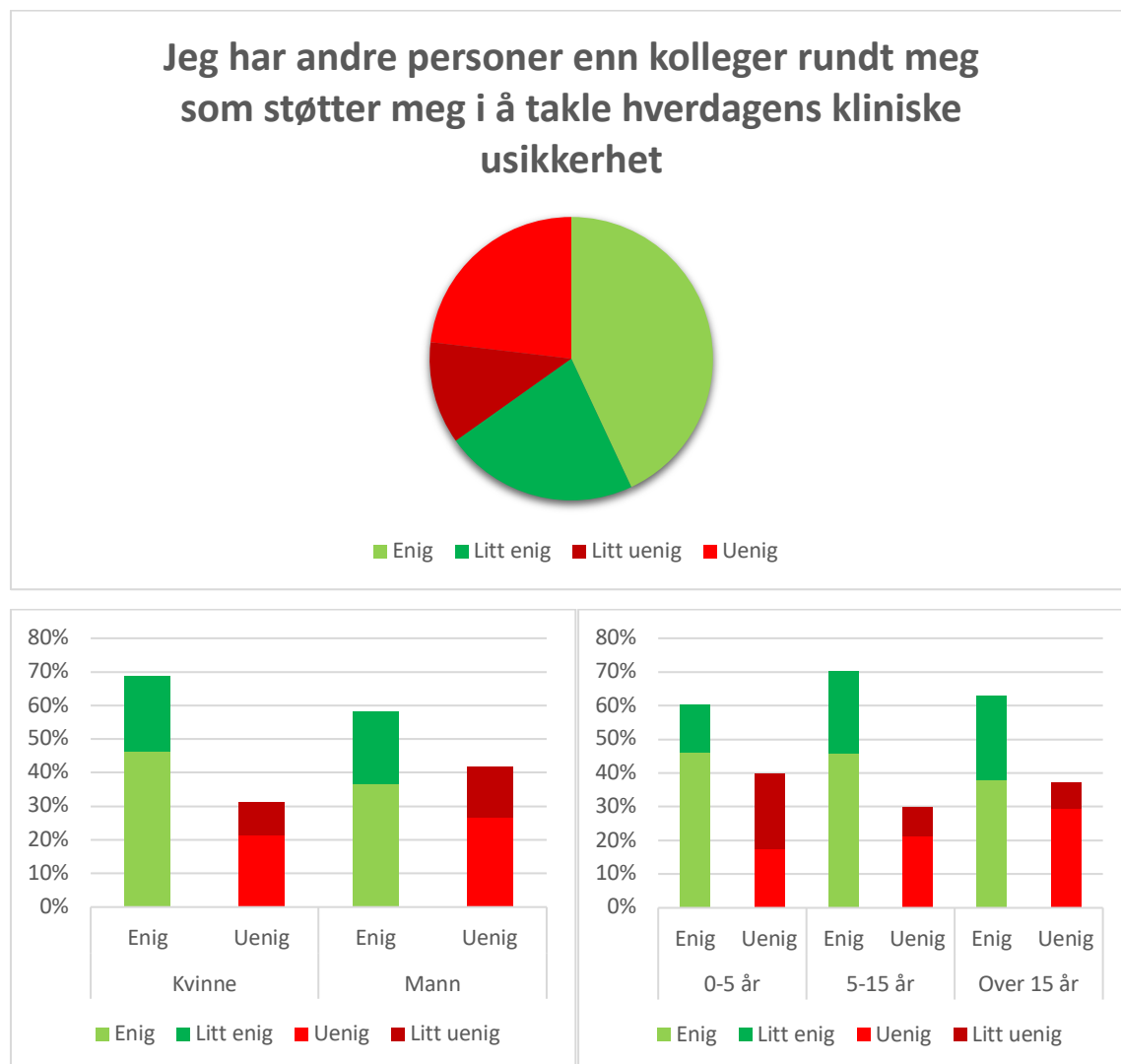


61 % av alle respondentene rapporterte at de hadde funnet en del gode strategier for å håndtere klinisk usikkerhet. 3 % rapporterte at de ikke hadde det. Det var ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn i valg av strategier ($X^2(3, N= 402) = 3,633, p = 0,304$).

I gruppen med 0-5 års erfaring svarte 44 % av respondentene at de hadde utviklet gode strategier, mens 62 % av respondentene med 5-15 års erfaring og 70 % av respondentene med over 15 års erfaring svarte det samme. 4 % av de med 0-5 års erfaring, 3 % av de med 5-15 års erfaring og 1 % av de med over 15 års erfaring var uenige. Forskjellen mellom gruppene var signifikant ($X^2(6, N= 402) = 28,602, p < 0.001$).

Spørsmål: Jeg har andre personer enn kolleger rundt meg som støtter meg i å takle hverdagens kliniske usikkerhet.

Figur 4h



43 % av alle respondentene var enige i at de hadde andre personer enn kolleger til å støtte dem i å takle hverdagens klinisk usikkerhet. 23 % var uenige. Det var ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn på dette spørsmålet ($X^2(3, N= 402) = 5,253, p = 0,154$). 46 % av respondentene med 0-5 års erfaring, 45 % av de med 5-15 års erfaring og 37 % av de med over 15 års erfaring svarte at de var enige. 17 % av respondentene med 0-5 års erfaring, 21 % av de med 5-15 års erfaring og 29 % av de med over 15 års erfaring svarte at de var uenige. Forskjellen var signifikant ($X^2(6, N= 402) = 21,755, p = 0.001$).

Fritekst-svar

Fritekstsvarene i undersøkelsen har foreløpig ikke vært gjenstand for detaljert analyse, for eksempel relatert til svarerens kjønn og erfaringsgrad eller opp mot forskningslitteraturens

ulike inndelinger av kilder til usikkerhet. I appendiks 3 framstilles i nokså ubearbeidet form antallet svar som innløp til de ulike fritekstspørsmålene og en foreløpig tematisk kategorisering av disse, supplert av noen illustrerende eksempler fra kategoriene.

Diskusjon

Studien gir interessant og oppdatert informasjon i hvordan allmennleger i Norge opplever og håndterer fenomenet klinisk usikkerhet i sin hverdag. Funnene tyder samlet sett på at klinisk usikkerhet ikke er noen stor belastning for flertallet av fastlegene. Bare 5 % svarte at de er mye plaget av klinisk usikkerhet og tvil i hverdagen (fig. 3h). De færreste rapporterte vesentlige søvnproblemer (fig. 3f), og kun noen få gav uttrykk for å tenke på å bytte jobb på grunn av klinisk usikkerhet (fig. 3i). Ikke uventet gjorde vi funn som kan tyde på at usikkerheten minker noe med økende klinisk erfaring. Sett i lys av den betydelige økningen i publikasjoner som tematiserer usikkerhet i medisinen er funnene samlet sett oppmuntrende. Samtidig er det grunn til å ta mindretallets erfaringer av klart belastende usikkerhet på alvor. Det er også interessant å diskutere de kjønnsforskjellene vi fant i studien.

Flere forhold kan ha bidratt til ovennevnte, beroligende hovedresultater. En mulighet er at allmennleger tar en del faglig usikkerhet for gitt og hittil ikke har reflektert så mye over hvorvidt dette faktisk utgjør en yrkesmessig belastning for dem. En annen mulighet er at det finnes relativt gode måter å håndtere reell klinisk usikkerhet på, og at usikkerhet dermed ikke påvirker flertallets opplevelse av arbeidssituasjonen negativt i nevneverdig grad. Det er også mulig at leger generelt vegrer seg litt for å rapportere om egen usikkerhet. Dette kan ha bidratt til at enkelte leger unnlot å delta i studien, eller at enkelte underrapporterte belastningen noe i sine svar.

Studien inneholder en lang rekke delresultater. Før vi diskuterer betydningen av kjønn og erfaring vil vi omtale enkelte av de andre funnene.

16 % av respondentene rapporterte at de opplevde å ikke bli godt ivaretatt da de begynte å jobbe som nyutdannet og følte seg usikre (fig. 3c). Det kan være flere grunner til dette. En forklaring kan være at disse legene begynte i solopraksis eller tilsvarende og faktisk stod alene i vanskelige avgjørelser. Det kan også være at de jobbet på et legekantor hvor det ikke var en uttalt kultur for-, tid til- eller en prioritet for å bistå nyutdannede og nyansatte. I og med at erfarne leger ikke opplever klinisk usikkerhet som plagsomt i nevneverdig grad, kan

det være en faktor at de kanskje ikke er tilstrekkelig oppmerksomme på nyutdannede kollegers behov for veiledning i å håndtere usikkerhet.

En tilsvarende andel leger (16 %) rapporterte at de opplevde nåtidens pasienter som mindre tolerante for legers kliniske usikkerhet, sammenlignet med pasienter de møtte tidligere i sin karriere (fig. 3d). Her kan det også være flere forklaringer. Det har vært et betydelig mediafokus på legetabber og feil i helsevesenet i den senere tid (13, 37). Dette kan bidra til at pasienter blir mer urolige og får mindre toleranse for legens usikkerhet. Pasienters tilgang til nettbasert informasjon om helse og behandling har økt eksponentielt gjennom internett. Ikke all informasjon pasienter har tilgang til på nettet er like godt kvalitetssikret, og det vil være lett å finne informasjon som legen ikke har kjennskap til eller stiller seg spørrende skeptisk overfor. Det finnes også egne nettsider hvor pasienter fritt og uten redaksjon kan vurdere sine fastleger (12). Summen av ovennevnte forhold kan til dels forklare hvorfor enkelte av respondentene opplever pasientene sine som mindre tolerante for usikkerhet nå, sammenlignet med tidligere.

Selv om det overordnede resultatet av studien er at allmennleger i Norge antakelig plages relativt lite av klinisk usikkerhet, nyanserer svarene på enkelte av spørsmålene dette bildet. 72 % av legene svarte for eksempel at de var enig eller litt enig i å føle seg overveldet av kunnskapsnivået som var forventet av dem som allmennpraktiker (fig. 3j). Over halvparten mente dernest at overføringen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten var en vesentlig og belastende kilde til klinisk usikkerhet (fig. 3k). Overføringen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten var også et deltema for undersøkelsen i Fastlegeordningen 2.0 (Trønderopprøret) (36). De to ovennevnte momentene kan henge sammen. De stadig nye oppgavene som pålegges allmennpraktikere kan ha ført til at flere rapporterer å føle seg overveldet. På den andre siden kunne ikke litteratursøket i forkant av denne undersøkelsen vise til tall for hvor mange av legene som har følt seg overveldet på et tidligere tidspunkt. Altså kan dette funnet være normaltilstanden i allmennpraksis og trenger ikke å ha sammenheng med oppgaveoverføringen.

Kjønnforskjeller i opplevelsen av klinisk usikkerhet

På spørsmål om hvorvidt de var plaget av klinisk usikkerhet i hverdagen, rapporterte de mannlige og kvinnelige respondentene noe ulikt. 30 % av kvinnelige respondenter rapporterte å være enig eller helt enig i at klinisk usikkerhet og tvil plaget dem mye i hverdagen. 15 % av de mannlige respondentene svarte tilsvarende (fig. 3h). Tendensen til at kvinnelige leger

rapporterte å være mer plaget av usikkerhet enn sine mannlige kolleger viste seg også i andre deler av undersøkelsen. Kvinnene oppgav betydelig oftere (43 % av kvinner sammenlignet med 27 % av menn) at de følte seg overveldet av kunnskapsnivået som var forventet av dem (fig. 3j). Det var også funn som indikerte at kvinner oftere opplevde søvnproblemer enn menn på grunn av klinisk usikkerhet (fig. 3f). De kvinnelige legene rapporterte også oftere enn de mannlige at de selv trodde de var mer plaget av klinisk usikkerhet i hverdagen enn sine kolleger (fig. 3h). Kjønnforskjellene vi fant finner støtte i internasjonal forskning. Gerrity, DeVellis & Earp (18) beskriver at kvinnelige leger opplevde mer stress i møte med klinisk usikkerhet, sammenlignet med mannlige leger. Kuikka, Sjoberg, Eriksson & Pitkala 2012 (38) fant at kvinnelige medisinstudenter rapporterte at de tolererte klinisk usikkerhet dårligere enn sine mannlige medstudenter.

Flere ulike faktorer kan bidra til å forklare hvorfor kvinner og menn ser ut til å oppleve klinisk usikkerhet noe ulikt og at kvinner faktisk kan være mer plaget av klinisk usikkerhet enn menn. En forklaring kan være ulike rolleoppfatninger og tankemønstrene hos kvinnelige og mannlige leger (39). En annen mulighet er at kvinner kan ha lavere terskel for å rapportere om ubehagelige følelser enn menn i studier av usikkerhet. Når enkelte kvinnelige leger rapporterer at de opplever seg mer plaget enn sine kolleger, vil dernest deres kliniske usikkerhet kunne oppleves mer belastende fordi vedkommende opplever å være alene om å føle det slik. Kvinner i undersøkelsen sa seg oftere enn mennene enig i at de hadde en tendens til verstefalls- eller katastrofetenkning (fig. 3e). Det er mulig at det å være mer tilbøyelig til katastrofetanker henger sammen med å være mer plaget av usikkerhet.

Kjønnforskjeller i strategier for å håndtere klinisk usikkerhet

Mannlige og kvinnelige leger svarte nokså likt når det gjelder strategier for å håndtere klinisk usikkerhet, men når det gjelder å fortelle om tabber og feil man har gjort til kolleger var det en kjønnforskjell. De mannlige respondentene svarte oftere (60 %) at de var i uenige i at de vegret seg for å fortelle andre leger om tabber og feil de har gjort enn kvinnene (38 %) (fig. 4e).

Tidligere har det kommet frem at kvinner i større grad enn menn rapporterer å være plaget av klinisk usikkerhet, føle seg alene om å oppleve klinisk usikkerhet og å oppleve katastrofetenkning i hverdagen. Med utgangspunkt i dette kan det tenkes at kvinner i større grad vil ty til en selvbeskyttende holdning ovenfor å innrømme tabber og feil. Denne tendensen til en defensiv holdning vil i sin tur kunne bidra til økt usikkerhet og økt opplevelse av å være alene. Ved å ikke snakke om tabber og feil med kolleger vil en i mindre grad få

tilgang til veiledning eller innspill fra kolleger. Kollegene vil også kunne vegre seg for å fortelle om sine egne tabber og feil. En defensiv holdning ovenfor egne tabber og feil vil slik kunne danne en ond sirkel med økt usikkerhet og økt behov for å beskytte seg selv.

Betydning av erfaring for opplevelse av plagsom klinisk usikkerhet

Undersøkelsen tyder på at legers erfaring har betydning for opplevelsen av klinisk usikkerhet. Det er størst forskjell mellom svarene fra leger med over, sammenlignet med under, 5 års erfaring. Sammenligningene mellom opplevd klinisk usikkerhet hos legene med 5 til 15 års erfaring og over 15 års erfaring kan tyde på at erfaring utover 5 år ikke reduserer belastende klinisk usikkerhet ytterligere i vesentlig grad. Leger som har 5 års erfaring eller mer rapporterte sjeldnere enn mer uerfarne leger å være mye plaget av usikkerhet og tvil i hverdagen (fig. 3h) og de svarte sjeldnere at de tenkte på å bytte jobb (fig. 3i). De var også oftere enige i både å oppleve mindre usikkerhet og å være mindre plaget av usikkerhet i dag enn tidligere i karrieren (fig. 3a, 3b). Det kommer også frem at leger som har jobbet i 5 år eller mer sjeldnere føler seg overveldet av kunnskapsnivået som forventes av dem i allmennpraksis. Den samme gruppen rapporterer også sjeldnere at de føler seg mer plaget av klinisk usikkerhet i hverdagen enn andre leger. Dette er sammenfallende med funnene i en den tidligere nevnte artikkelen av Bovier og Perneger om opplevd stress i forbindelse med klinisk usikkerhet (28).

Flere faktorer kan bidra til å forklare et mulig skille ved 5 års erfaring. I løpet av de første 5 årene bygger man opp et erfaringsgrunnlag og en kompetanse hvor man blir kjent med de vanligste tilstandene og situasjonene i allmennpraksis, og man erfarer også at man evner å håndtere nye og litt uventede situasjoner. Interessant nok sammenfaller dette med varigheten av et tradisjonelt spesialistutdanningsløp. En annen forklaring på at det er forskjell på over og under 5 års erfaring kan være at noen leger etter en prøveperiode slutter i allmennpraksis, og at de som slutter har strevd mer med klinisk usikkerhet enn leger som velger å fortsette i faget. En tredje forklaring kan være en kohort-effekt. Det vil si at det er en forskjell mellom legene som startet i allmennpraksis for over 5 år siden sammenlignet med de som startet for under 5 år siden med tanke på opplevelsen av usikkerhet. I så fall vil vi kunne anta at gruppen som begynte for over 5 år siden er mer tolerant ovenfor klinisk usikkerhet og å være plaget av det enn de yngre. Som tidligere nevnt ser det også ut til at kvinnelige leger opplever klinisk usikkerhet som mer plagsomt enn mannlige leger. Tilstrømmingen av kvinner til legeyrket har økt de siste årene (40). Totalt kan dette ha skapt en kohort-effekt på grunn av et økt innslag av mer usikre kvinner i legeyrket.

Betydning av erfaring når det gjelder strategier for å håndtere klinisk usikkerhet

Leger med over 15 års erfaring viste tydelig tendens til å være mer selvstendige i å håndtere usikkerhet enn de mer uerfarne legene i vår studie. De erfarne rapporterte oftere at de mente å ha funnet gode strategier for å håndtere klinisk usikkerhet (fig. 4g). De konfererte sjeldnere med spesialister eller andre fastleger før eventuelle henvisninger (fig. 4c, 4d) og brukte i mindre grad andre personer enn kolleger som støtte for å håndtere usikkerhet (fig. 4h). Samtidig oppga den erfarne gruppen sjeldnere at grunnutdanningen hadde gitt dem gode verktøy for å håndtere klinisk usikkerhet (fig. 4f).

Disse funnene kan ha flere forklaringer. Som nevnt tidligere kan de mer erfarne ha dannet seg et erfaringsgrunnlag som har gjort dem i stand til å møte klinisk usikkerhet uten å be om hjelp fra andre. Det kan også hende at legene med over 15 års erfaring har høyere terskel for å rapportere at de ber om hjelp. På den annen side rapporterer de erfarne i større grad enn de uerfarne i vår studie at de ikke vegrer seg for å dele tabber og feil de har gjort med andre leger (fig. 4e), noe som taler mot et slikt forhold. En annen forklaring kan være at kildene til usikkerhet er mer kompliserte hos de mest erfarne legene, og at de derfor ikke oppfatter det som særlig nyttig å konferere med andre leger som ofte vil ha mindre oversikt og erfaring enn dem selv.

Svakheter og styrker med studien

Litteratursøket

Litteratursøket i forkant av studien gav mange treff på klinisk usikkerhet, men overraskende få publikasjoner som var direkte relevante for den aktuelle tematikken. Det er selvsagt mulig at det finnes relevante publikasjoner som ikke ble identifisert i søket.

Utfordringer med representativitet

En klar styrke ved undersøkelsen var et stort antall respondenter. 402 deltakere utgjør 8,4 % av den samlede fastlegepopulasjonen. Sammenlikningen med Helsedirektorates fastlegeoversikt som vi presenterte i tabell 1, viser også brukbar fordeling når det gjelder kjønn, erfaring og alder. Respondentene i undersøkelsen var imidlertid i stor grad rekruttert gjennom sosiale medier for fastleger (Allmennlegeinitiativet, en lukket gruppe for allmennpraktikere på nettstedet facebook.com), under Nidaroskongressen 2019, og via NTNUs epostlister for tilsatte praksisveiledere. Dette må antas å ha ført til en seleksjon av respondenter som er

aktive på sosiale medier, har interesse for temaet klinisk usikkerhet og ønsker å bidra til mer kunnskap om dette. En slik seleksjonsprosess reduserer respondentenes representativitet for norske fastleger generelt, men gir derimot en relevant beskrivelse av situasjonen blant leger som ønsker å bidra til debatt, fagutvikling og undervisning, hvilket vi anser som en viktig målgruppe.

Det var ingen formell kontroll av at de som responderte faktisk var leger. En URL som gav tilgang til undersøkelsen ble fritt distribuert, der i prinsippet hvem som helst kunne svare. Imidlertid er det kontinuerlig kontroll av medlemslista på Allmennlegeinitiativet på Facebook, og Nidaroskongressens deltakende leger arbeider alle i primærhelsetjenesten. Vi har derfor ingen grunn til å tro at vårt materiale ikke stammer fra den tiltenkte målgruppen.

Design av spørsmål og svaralternativer

I forkant av undersøkelsen ble det gjort en avveining av hvorvidt det skulle være mulig å gi nøytrale svar, altså å ikke si seg hverken enig eller uenig i de ulike påstandene. Vi valgte å tvinge respondentene i det nøytrale området til å si seg enten 'litt enig' eller 'litt uenig' (se metodekapitlet). Svakheten ved å ikke tillate nøytrale svar er at respondenter som muligens var helt nøytrale ikke fikk mulighet til å markere dette. Fordelingen av de ulike svaralternativene framgår i resultatdelen, og vi har i rapporteringen av resultatene valgt å legge mest vekt på de kategoriene der respondenten ga uttrykk for et klart synspunkt.

En del viktige bakgrunnsfaktorer som fra et arbeidsmedisinsk perspektiv åpenbart kan påvirke respondentenes opplevelse av klinisk usikkerhet i hverdagen ble ikke kartlagt. Dette gjelder stillingsandel hos respondenten, graden av tidspress i hverdagen, og personlighetstrekk hos respondenten. Mange allmennpraktikere, men slett ikke alle, jobber både på legesentra og deltar i legevakt utenfor arbeidstid. I denne undersøkelsen ble det ikke lagt vekt på å skille mellom disse to ulike rollene for fastlegen – hverdagspraksis og beredskapspraksis utenom arbeidstid. Det kunne vært interessant å gå betydelig dypere inn i dette, men ideen ble nedprioritert for å begrense undersøkelsens omfang. Ettersom vi ikke sammenlikner med andre legegrupper slik man iblant har gjort i noen tidligere studier (6, 20), vet vi heller ikke hvilke fenomener/funn som er spesifikke for allmennpraktikere.

Enkelte spørsmål i undersøkelsen kan ha blitt oppfattet som flertydige. Spørsmålet «Jeg har en tendens til katastrofetanker («verstefallstenkning») i jobbsituasjoner» kan ha blitt misforstått av enkelte respondenter, da noen i fritekst har kommentert at katastrofetanker og verstefallstenkning er to ulike fenomener. Noen respondenter har dernest ikke norsk som

førstespråk. Spørsmål som for eksempel: «Jeg har opplevd én eller flere overraskende og skjellsettende hendelser som har gjort meg utrygg og påvirket min praksis» kan være vanskelig å forstå for disse respondentene. Fritekstspørsmålene hadde en øvre begrensning på 255 tegn. Begrensningen ble innført bevisst for å korte ned tiden respondentene trengte for å svare på undersøkelsen og for å begrense arbeidet i tolkningen etterpå. En svakhet med dette er at oppgaven kan ha gått glipp av enkelte svar som ikke lot seg formulere innenfor 255 tegn.

Vår studie bygger på selvrapportering på ett gitt punkt i tid. En slik tilnærming har klare begrensninger. Enkelte av spørsmålene gjelder hvordan respondentenes opplevelse av klinisk usikkerhet har forandret seg gjennom flere år. Slike retrospektive data må tolkes ekstra forsiktig.

Ideer til videre forskning og fagutvikling

Som nevnt i innledningen har flere forskere tatt til orde for at klinisk usikkerhet er ufravikelig del av medisinsk arbeid generelt, og allmennpraksis spesielt. Her er det med andre ord grunn til å utforske og utvikle mer kunnskap, både i klinisk og arbeidsmedisinsk sammenheng. Selv om klinisk usikkerhet neppe vil elimineres, kan det dannes verktøy og iverksettes tiltak som gjør hverdagen enklere og mindre preget av grubling for klinikere som opplever håndtering av usikkerhet som en direkte belastning, og ikke kun en naturlig del av yrkesutøvelsen.

Spørsmålene i undersøkelsen hadde fokus på belastningssiden av klinisk usikkerhet. En kan også velge å anse klinisk usikkerhet som intellektuelt stimulerende i mange tilfeller. De positive sidene ble ikke vektlagt i vår studie, men kunne med fordel bli inkludert i et senere prosjekt.

Mange av temaene vi berører i studien kan med fordel også utdypes med andre tilnærminger, for eksempel kvalitative intervjuer. Psykometriske variabler for eksempel personlighetstester, kan også være interessante som bakgrunnsvariabler. Et personlighetstrekk som nevrotisme har klar relevans for respondentens opplevelse og håndtering av klinisk usikkerhet, på godt og vondt. Dette er imidlertid en del utforsket i litteraturen (20). Som tidligere nevnt er det også viktig å sammenholde opplevelser av usikkerhet med flere ytre rammebetingelser enn de vi dekket i vår studie, inkludert stillingsgrad, opplevd arbeidspress (41) og arbeidssituasjon – for eksempel hva som eventuelt kjennetegner opplevelser av usikkerhet på legevakt. Videre ville en longitudinell studie som fulgte fastleger over tid kunne gi mer presise svar på hvordan og

hvorvidt opplevelsen av usikkerhet forandrer seg med økende klinisk erfaring. Særlig interessant kunne det også vært å følge opp leger som slutter i allmennpraksis. Er belastende klinisk usikkerhet en del av begrunnelsen for karrierevalget hos enkelte av disse legene?

Det ville, som tidligere nevnt, vært nyttig å sammenligne opplevelsen av usikkerhet blant andre grupper enn allmennpraktikere. Det er tidligere vist i litteraturen at en finner lavere toleranse for klinisk usikkerhet hos kirurger enn hos andre spesialister (6, 20).

Videre forskning på hvilke strategier som skiller legene som plages mye av usikkerhet fra de som plages lite, og hvorfor, kan derfor danne grunnlag for undervisning i gode strategier for håndtering av klinisk usikkerhet. Dette vil kunne løfte trivselen hos allmennpraktikere og kanskje la leger som tidligere har forlatt fastlegekontorene på grunn av en opplevelse av u håndterlig klinisk usikkerhet komme tilbake til den livsviktige primærhelsetjenesten.

Konklusjon

Studien vår fikk over 400 deltakere, men survey undersøkelsen gir ikke grunnlag for å generalisere resultatene til å gjelde alle norske allmennleger. Resultatene tyder imidlertid på at klinisk usikkerhet en relativt moderat yrkesbelastning for fastlegene i denne undersøkelsen. Vi fant kjønnsforskjeller i forhold opplevd klinisk usikkerhet i arbeidshverdagen, og tilbøyelighet til verstefalls tenkning, hvor kvinnelige allmennleger kom høyere ut enn de mannlige. Det var ingen forskjell i bruk av strategier mellom kvinnelige og mannlige allmennleger, men det var forskjeller mellom erfarne og uerfarne leger i deres mestring av klinisk usikkerhet. Hvordan status er om klinisk usikkerhet i legeyrket generelt, burde være undersøkt i en bredere anlagt undersøkelse, der også gruppen av allmennleger bør være bredere representert.

Referanser

1. Bordvik M. – Fastlegekrisen er langt mer alvorlig nå [Internett]. Oslo: Dagens Medisin; [hentet 2020-1-11] [Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/08/13/-fastlegekrisen-er-langt-mer-alvorlig-na/>].
2. Wærnes D. – Regjeringen gjør ikke nok for å løse fastlegekrisen [Internett]. Oslo: Tidsskriftet; [hentet 2020-1-11] [Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2019/06/aktuelt-i-foreningen/regjeringen-gjor-ikke-nok-lose-fastlegekrisen>].
3. Hofmann B. Sikkerhetens skyld: Om handling under usikkerhet. Utposten nr 1, 2010. 2010 2010.
4. Opdal PO, Meland E, Hjørleifsson S. Dilemmas of medical overuse in general practice - A focus group study. Scand J Prim Health Care. 2019;37(1):135-40.
5. Kassirer JP, Kopelman RI. Tolerating uncertainty. Hosp Pract (Off Ed). 1987;22(4):21-2, 7-8.
6. Kim K, Lee Y-M. Understanding uncertainty in medicine: concepts and implications in medical education. Korean J Med Educ. 2018;30(3):181-8.
7. Gulbrandsen P. Medisinen tar livet av oss Oslo: Aftenposten; [hentet 2020-1-11] [Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/lAr8g3/medisinen-tar-livet-av-oss-paal-gulbrandsen> krever abonnement.
8. Bleidvin I. Fengslende behandling [Internett]. Bergen: Bergens Tidende; [hentet 2020-1-11] [Tilgjengelig fra: <https://www.bt.no/btmener/kommentar/i/EWkKeG/Fengslende-behandling>].
9. Wilhelmsen I. Livet er et usikkert prosjekt [Internett]. Oslo: psykologisk.no; [hentet 2020-1-11] [Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2019/06/aktuelt-i-foreningen/regjeringen-gjor-ikke-nok-lose-fastlegekrisen>].
10. Kinn E. Legeopprør mot omstridt nettside [Internett]. Oslo: NRK; [hentet 2020-1-11] [Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/norge/legeoppror-mot-omstridt-nettside-1.13850917>].
11. Skavland J. Legelisten er en dovegg [Internett]. Oslo: NRK; [hentet 2020-1-11] [Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/ytring/legelisten-er-en-dovegg-1.13555726>].
12. Legelisten.no Oslo[hentet 2020-1-11] [Tilgjengelig fra: <https://www.legelisten.no/om-oss>].
13. Røed-Johansen D, Skogstrøm L, Ringnes T, Uglum M. Et plastrør i kroppen hennes ble starten på marerittet. Mange sykehusstaber blir aldri rapportert. [Internett]. Oslo: Aftenposten; [hentet 2020-1-11] [Tilgjengelig fra:

<https://www.aftenposten.no/norge/i/rAXOw8/et-plastroer-i-kroppen-hennes-ble-starten-paa-marerittet-mange-sykehustabber-blir-aldri-rapportert>.

14. Loftus A, Keaveney L, O'Neill M. 1770 "You'll Be Fine" (Please Don't Die!); The Experience of Uncertainty Among Gp Trainees. *Archives of Disease in Childhood*. 2012;97(Suppl 2):A501-A.
15. Han PKJ, Babrow A, Hillen MA, Gulbrandsen P, Smets EM, Ofstad EH. Uncertainty in health care: Towards a more systematic program of research. *Patient Educ Couns*. 2019;102(10):1756-66.
16. Danczak A, Lea A. What do you do when you don't know what to do? GP associates in training (AiT) and their experiences of uncertainty. *Education for Primary Care*. 2014;25(6):321-6.
17. Geller G, Tambor ES, Chase GA, Holtzman NA. Measuring physicians' tolerance for ambiguity and its relationship to their reported practices regarding genetic testing. *Med Care*. 1993;31(11):989-1001.
18. Gerrity MS, DeVellis RF, Earp JA. Physicians' reactions to uncertainty in patient care: a new measure and new insights. *Medical Care*. 1990;724-36.
19. Gerrity MS, DeVellis RF, Light DW. Uncertainty and Professional Work: Perceptions of Physicians in Clinical Practice. *American Journal of Sociology*. 1992;97(4):1022-51.
20. McCulloch P, Kaul A, Wagstaff GF, Wheatcroft J. Tolerance of uncertainty, extroversion, neuroticism and attitudes to randomized controlled trials among surgeons and physicians. *Br J Surg*. 2005;92(10):1293-7.
21. Cooke G, Tapley A, Holliday E, Morgan S, Henderson K, Ball J, et al. Responses to clinical uncertainty in Australian general practice trainees: a cross-sectional analysis. *Medical Education*. 2017;51(12):1277-88.
22. Ghosh AK. *Understanding Medical Uncertainty : A Primer for Physicians*. 2004;52:4.
23. Han PKJ, Djulbegovic B. Tolerating uncertainty about conceptual models of uncertainty in health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2019.
24. Han PK, Klein WM, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Making*. 2011;31(6):828-38.
25. Schneider A, Lowe B, Barie S, Joos S, Engeser P, Szecsenyi J. How do primary care doctors deal with uncertainty in making diagnostic decisions? The development of the 'Dealing with Uncertainty Questionnaire' (DUQ). *J Eval Clin Pract*. 2010;16(3):431-7.

26. Schneider A, Wubken M, Linde K, Buhner M. Communicating and dealing with uncertainty in general practice: the association with neuroticism. *PLoS One*. 2014;9(7):e102780.
27. Bachman KH, K. Freeborn D. HMO physicians' use of referrals. *Social Science & Medicine*. 1999;48(4):547-57.
28. Bovier PA, Perneger TV. Stress from uncertainty from graduation to retirement--a population-based study of Swiss physicians. *J Gen Intern Med*. 2007;22(5):632-8.
29. Cooke GP, Doust JA, Steele MC. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Med Educ*. 2013;13:2.
30. Iannello P, Mottini A, Tirelli S, Riva S, Antonietti A. Ambiguity and uncertainty tolerance, need for cognition, and their association with stress. A study among Italian practicing physicians. *Med Educ Online*. 2017;22(1):1270009.
31. Jones R. After Achilles. *Br J Gen Pract*. 2016;66(644):115.
32. Malterud K, Guassora AD, Reventlow S, Jutel A. Embracing uncertainty to advance diagnosis in general practice. *Br J Gen Pract*. 2017;67(659):244-5.
33. Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating Uncertainty - The Next Medical Revolution? *N Engl J Med*. 2016;375(18):1713-5.
34. Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. *Health Aff (Millwood)*. 1984;3(2):74-89.
35. Cassell EJ. *Doctoring: The nature of primary care medicine*: Oxford University Press, USA; 2002.
36. Johnsen TM, Berge V, Høivik F, Agdestein C, Grønseth IM, Helgetun Krogh H, et al. Trønderopprørets fastlegeundersøkelse og helsemedarbeiderundersøkelse [Internett]. Trondheim: Fastlegeordningen 2.0; 2018 [cited 2020 11-1]. Tilgjengelig fra: <http://www.flo20.no/wp-content/uploads/2018/06/TOunders%C3%B8kelse-2.pdf>.
37. Nyhammer Olsen A, Sundfjord Otterlei S. Frp vil straffe enkeltpersoner hardere for sykehusfeil [Internett]. Oslo: NRK; [hentet 2020-1-11] [Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/hordaland/frp-vil-straffe-enkeltpersoner-hardere-for-sykehusfeil-1.14768487>].
38. Nevalainen M, Kuikka L, Sjöberg L, Eriksson J, Pitkala K. Tolerance of Uncertainty and Fears of Making Mistakes Among Fifth-year Medical Students. *Family Medicine*. 2012;44(4):240-6.
39. Roter DL, Hall JA. Why physician gender matters in shaping the physician-patient relationship. *J Womens Health*. 1998;7(9):1093-7.

40. Bosnes Engen Ø. 71 prosent kvinnelige medisinstudenter ved siste opptak [Internett]. Oslo: Dagens Medisin; [hentet 2020-1-11] [Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/14/mer-enn-70-prosent-kvinnelige-medisinstudenter-ved-siste-opptak/>].
41. von dem Knesebeck O, Koens S, Marx G, Scherer M. Perceptions of time constraints among primary care physicians in Germany. BMC Fam Pract. 2019;20(1):142.

Appendiks

Appendiks 1: Spørreundersøkelsen

Introduksjon til undersøkelsen

Belastende klinisk usikkerhet i hverdagen – status blant norske allmennleger i 2019

Din identitet vil holdes skjult.

Belastende klinisk usikkerhet i hverdagen - status blant norske allmennleger i 2019

Velkommen til studien!

Målet er å kartlegge hvordan norske allmennleger opplever usikkerhet i hverdagen. Usikkerhet er ikke til å unngå, men hvor stressende er usikkerhet egentlig for den enkelte legen, altså deg? Hvilke verktøy bruker du for å håndtere usikkerhet? Føler du deg ofte utrygg og grubler etter jobb? Har du tips og råd til fremtidige leger om hvordan man best kan håndtere usikkerhet? Disse og andre spørsmål finner du i undersøkelsen. Den skal danne grunnlag for Jens Børtveits hovedoppgave i profesjonsstudiet i medisin ved NTNU, veiledet av Hans M. Nordahl og Linn Getz. Alle som deltar er anonyme.

Vi håper å få viktig kunnskap som kan deles med både fastleger, studenter og andre, og kanskje bli til en vitenskapelig artikkel.

Studien er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Ved å gjennomføre undersøkelsen samtykker du til behandling av dataene vi innhenter i undersøkelsen. [Trykk her for mer informasjon om personvern.](#)

Spørsmål om demografiske forhold ved respondenten

Jobber du for tiden som allmennpraktiker eller er i midlertidig permisjon fra arbeid som allmennpraktiker? Hvis nei - avslutt undersøkelsen her.

- Ja
- Nei

Kjønn

- Kvinne
- Mann
- Ønsker å ikke svare

Alder

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60+

**Hvor studerte du medisin? Dersom du byttet studiested underveis:
hvor ble du uteksaminert?**

- I Norge
- I Norden utenfor Norge
- Utenfor Norden

Hvor lenge har du jobbet som lege?

- 0-2 år
- 2-5 år
- 5-15 år
- Over 15 år

Hvor lenge har du jobbet i allmennpraksis?

- 0-2 år
- 2-5 år
- 5-15 år
- Over 15 år

Er du spesialist i allmenntmedisin?

- Ja
- Nei

Deltar du i legevakt utenom ordinær arbeidstid?

- Ja
- Nei

Hva er reisetiden fra legekantoret ditt til nærmeste sykehus med egen transport?

- 0-30 minutter
- 30 minutter til 1 time
- 1-2 timer
- Over 2 timer

Likert-skala spørsmål om klinisk usikkerhet

Videre kommer det utsagn om klinisk usikkerhet. Du skal ta stilling til hvorvidt du er enig i disse på en skala fra svært enig til svært uenig.

Når du svarer på spørsmålene vil vi at du skal tenke tilbake på det siste året du har jobbet som allmennpraktiker.

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
Grunnutdanningen gav meg gode verktøy for å håndtere klinisk usikkerhet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er mye sjeldnere usikker i kliniske situasjoner nå enn jeg var tidligere i karrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klinisk usikkerhet plager meg mindre nå enn den gjorde tidligere i karrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
Jeg er komfortabel med å ringe til en pasient hvis jeg etter en konsultasjon plutselig kjenner meg usikker på noe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg drøfter jevnlig faglig tvil og klinisk usikkerhet med mine fastlegekolleger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Før jeg eventuelt henviser til spesialist drøfter jeg gjerne situasjoner hvor jeg føler meg usikker med mine fastlegekolleger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Før jeg eventuelt henviser til spesialist drøfter jeg gjerne situasjoner hvor jeg føler meg usikker i telefon eller en dialogmelding til en spesialist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har funnet en del gode strategier for å håndtere klinisk usikkerhet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg vegrer meg for å fortelle andre leger om tabber og feil jeg har gjort.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har opplevd én eller flere overraskende og skjellsettende hendelser som har gjort meg utrygg og påvirket min praksis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasientenes toleranse for at jeg som lege er usikker, har blitt lavere i løpet av min yrkeskarriere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har en tendens til verstefallstenkning ("katastrofetanker") i jobbsituasjoner.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg opplever søvnproblemer på grunn av klinisk usikkerhet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har andre personer enn kolleger rundt meg som støtter meg i å takle hverdagens kliniske usikkerhet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klinisk usikkerhet og tvil plager meg mye i hverdagen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg tenker jevnlig på å bytte jobb fordi allmennpraksis fører med seg for mye usikkerhet for meg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kunnskapsnivået som forventes av allmennleger gjør meg overveldet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Overføring av nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten er en vesentlig og belastende kilde til klinisk usikkerhet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Da jeg var ung og uerfaren i faget følte jeg meg godt ivaretatt av mer erfarne kolleger de gangene jeg kjente meg usikker.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg tror jeg plages mer av klinisk usikkerhet og tvil i det daglige enn andre fastleger gjør.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vold og trusler er en kilde til utrygghet i min jobbhverdag på legekantoret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se tilbake på din siste arbeidsuke: hvor mange ettermiddager og kvelder opplevde du plagsom jobbrelatert usikkerhet eller grubling?

- Sjelden eller aldri
- 1-2 kvelder
- 3-5 kvelder
- Hver kveld
- Vet ikke

Fritekst-del av spørreundersøkelsen

I denne siste delen av spørreundersøkelsen skal du selv skrive inn svar på spørsmål om klinisk usikkerhet i din hverdag. Det er viktig at du **ikke** skriver pasientidentifiserende informasjon. Vi ønsker svar på maks 140 tegn.

Kan du beskrive et scenario i din praksis hvor du følte deg utrygg og som har ført til grubling

Følgende spørsmål ble distribuert til respondenter som rapporterte «enig» eller «svært enig» på spørsmålet «Jeg har opplevd én eller flere overraskende og skjellsettende hendelser som har gjort meg utrygg og påvirket min praksis»:

På spørsmålet "Jeg har opplevd én eller flere overraskende og skjellsettende hendelser som har gjort meg utrygg og påvirket min praksis," svarte du enig eller svært enig. Kan du i stikkordsform beskrive hva som skjedde?

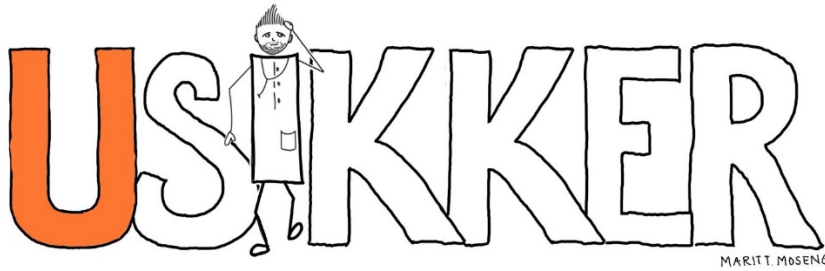
Følgende spørsmål ble distribuert til respondenter som rapporterte «enig» eller «svært enig» på spørsmålet «Jeg har funnet en del gode strategier for å håndtere klinisk usikkerhet»:

På spørsmålet "Jeg har funnet en del gode strategier for å håndtere klinisk usikkerhet," svarte du helt enig eller enig. Kan du i stikkordsform beskrive strategier du bruker for håndtering av usikkerhet?

Hva er ditt beste råd til dagens medisinstudenter når det gjelder å takle klinisk usikkerhet i sitt fremtidige yrkesliv?

Har du kommentarer til spørreundersøkelsen eller enkelte spørsmål i undersøkelsen? Eventuelt andre ting på hjertet?

Appendiks 2: Flyveblad som ble distribuert på Nidaroskongressen 2019 der ca. 1000 allmennleger deltok



Kjære fastlege!

Bli med på en undersøkelse om **KLINISK USIKKERHET I ALLMENNPRAKSIS**. Studien ledes av **Jens Børtveit**, medisinstudent ved NTNU. Jens skal skrive Hovedoppgave om temaet, veiledet av **Hans Nordahl** og **Linn Getz** (linn.getz@ntnu.no).

Medisinsk usikkerhet får økende internasjonal oppmerksomhet, men vi vet lite om hvordan norske allmennleger opplever usikkerhet i sin arbeids-hverdag. **Greit å takle? Slitsomt? Søvnløs? Gode verktøy for håndtering?**

Bli med på kunnskapsdugnad! **Det vil ta rundt 7 minutter å besvare spørsmålene**, og studien er anonym. Vi håper på mange svar!

Her er lenke til spørreskjemaet, inkludert mer info og opplysninger om personvern/godkjenninger:

<https://s.ntnu.no/usikkerhet>

Undersøkelsen vil også deles via sosiale medier. Tips gjerne andre fastlegekolleger om den!

På forhånd takk!

Hilsen Jens og veilederne



Appendiks 3: Svar på fritekstspørsmålene i undersøkelsen

Spørsmål: Kan du beskrive et scenario i din praksis hvor du følte deg utrygg og som har ført til grubling?

Spørsmålet ble stilt til alle respondentene. Totalt svarte 254 respondenter på dette spørsmålet.

	Responser		Prosent av responsene
	N	Prosent	
Spesielle pasientgrupper	20	5,6%	8,2%
Trusler og vold	20	5,6%	8,2%
Kommunikasjon	18	5,1%	7,3%
Tiltak	102	28,7%	41,6%
Samarbeid med annet helsepersonell	28	7,9%	11,4%
Suicidalitetsvurderinger	14	3,9%	5,7%
Oppgaver utenfor kompetanse	20	5,6%	8,2%
Feil og klagesaker	19	5,3%	7,8%
Etikk og dødshjelp	4	1,1%	1,6%
Akuttsituasjoner	19	5,3%	7,8%
Sprik mellom magefølelse og funn	4	1,1%	1,6%
Diagnosesetting	88	24,7%	35,9%
Total	356	100,0%	145,3%

Spesielle pasientgrupper - respondenten svarte at for eksempel barn eller gravide var en kilde til usikkerhet.

Eksempel: «Syke barn, usikkerhet mtp innleggelse eller se an hjemme»

Trusler og vold

Eksempel: «Trussel fra pasient om kjennskap til min familie mm.»

Kommunikasjon - respondenten svarte at tvil rundt compliance eller rekontakt var en kilde til usikkerhet.

Eksempel: «Yngre personer med halvsuspekterte tarmsymptomer der jeg er usikker om de har forstått anmodning om rekontakt.»

Tiltak - spørsmål om innleggelse eller behandling av en konkret sykdom eller sosiale tiltak som arbeidsevnevurderinger, tvangsinnleggelse, barnevernsvedtak var en kilde til usikkerhet.

Eksempel: «Usikkerhet rundt vurdering. Pas sendt hjem, men innlagt noen dager senere med alvorlig sykdom.»

Samarbeid med annet helsepersonell - gjelder henvisninger og samarbeid med pleiepersonell som en kilde til usikkerhet.

Eksempel: «Psykisk syk pasient som er dårlig og ikke får hjelpen hen trenger fra meg eller sykehus»

Suicidalitetsvurderinger

Eksempel: «Deprimert pasient med trusler om selvskading/suicid. Fikk ikke tak i vedk. Tok helg. Endel grubling - burde jeg gjort mer?»

Oppgaver utenfor kompetanse - når respondenten føler seg stilt ansvarlig ovenfor ting utenfor forventet kompetanseområde

Eksempel: «Pasient som forventet prosedyre jeg ikke følte meg kompetent til å utføre»

Feil og klagesaker

Eksempel: «Unnlot å legge inn pasient med lungeabscess.»

Etikk og dødshjelp

Eksempel: «Pasient varslet ønsket suicid dersom partner døde av forventet sykdom. Da partner døde ble jeg varslet av hjemmesykepleien om at pas var i ferd med å innta stort antall tabletter for å dø og de ba om råd hva de skulle gjøre. Ba de forlate huset.»

Akuttsituasjoner inkluderer legevakt og andre situasjoner hvor det var en viss grad av hast og manglende mulighet til å bruke tiden til hjelp.

Eksempel: «Ofte grubling etter legevakt, nylig avsluttet disse. F.eks barn med feber, mennesker med psykiske lidelser og spørsmål om suicidalitet.»

Diagnosesetting inkluderer prøvesvar og funn, sjeldne diagnoser og spesifikke fagområder og tilstander (for eksempel MUPS, ME, CFS).

Eksempel: «Å skulle utrede en ung pasient som er slapp og sliten og selv er innstilt på meddiagnose. På en god måte utelukke annen sykdom og forsøke å ikke gi inntrykk av at «dette finnes det ingen kur for». Det finnes retningslinjer men det er komplisert!»

Språk mellom magesfølelse og funn.

Eksempel: «Valgte å behandle kvinne med nyoppdaget høyt blodtrykk (200 systolisk) selv og ikke henvise, etter å ha lest NEL retn.linjer. Angret, grublet, og henviste likevel på kontroll etter tre dager.»

Spørsmål: På spørsmålet "Jeg har opplevd én eller flere overraskende og skjellsettende hendelser som har gjort meg utrygg og påvirket min praksis," svarte du enig eller svært enig. Kan du i stikkordsform beskrive hva som skjedde?

Spørsmålet ble stilt hvis respondentene svarte enig eller helt enig på likert-spørsmålet «Jeg har opplevd én eller flere overraskende og skjellsettende hendelser som har gjort meg utrygg og påvirket min praksis». Totalt fikk 210 respondenter spørsmålet og 77 svarte.

Inndelingen her er lik den på spørsmålet over og gruppene har de samme inklusjonskriteriene, men ingen av respondentene rapporterte at problemstillinger som oppgaver utenfor deres kompetanse eller etikk og dødshjelp hadde gitt dem en skjellsettende opplevelse.

	Responser		Prosent av respondensene
	N	Prosent	
Spesielle pasientgrupper	5	3,7%	6,8%
Trusler og vold	10	7,4%	13,5%
Kommunikasjon	7	5,2%	9,5%
Tiltak	21	15,6%	28,4%
Samarbeid med annet helsepersonell	2	1,5%	2,7%
Suicidalitetsvurdering	2	1,5%	2,7%
Feil og klagesaker	45	33,3%	60,8%
Akuttsituasjoner	8	5,9%	10,8%
Språk mellom magesfølelse og funn	1	0,7%	1,4%
Diagnosesetting	34	25,2%	45,9%
Total	135	100,0%	182,4%

Spesielle pasientgrupper

Eksempel: «Endometriekreft hos 28 åring. Skal jeg nå henvise alle unge kvinner med uregelmessig blødning?»

Trusler og vold

Eksempel: «Innelåst av pasient på heimebesøk i blokk på legevakt i større by. Passer alltid på å ha ryggen fri og mulighet for å komme meg unna ved heimebesøk ol.»

Kommunikasjon

Eksempel: «Flere episoder der pasienter var sykere enn jeg hadde skjont»

Tiltak

Eksempel: «Ryggsmerter som viste seg å være metastaser. Jeg satte ikke igang røntgendiagnostikk. Oppdaget av annen behandler.»

Samarbeid med annet helsepersonell

Eksempel: «Dissekerende aortaaneurisme på vakt. Legen på sykehus ville vite om det var over el under diafragma, la på tlf. Pas ble sirk. ustabil, døde. [...]»

Suicidalitetsvurderinger

Eksempel: «Deprimert ung mann med små barn, tok livet sitt utan at eg hadde sett risikoen.»

Feil og klagesaker

Eksempel: «Påført en pas skade»

Akuttsituasjoner

Eksempel: «Svært raske beslutninger på legevakt gir utrygghet og overveldelse som ung lege. En pasient som fallt om død mitt i en konsultasjon og hjerte lungeredning ikke hjalp»

Sprik mellom magefølelse og funn

Eksempel: «Plutselig dødsfall lite barn få timer etter konsultasjon. Kronisk sykt barn der jeg reagerte på dårlig respirasjon, men stolte på mor som sa at hun pleier å være slik. «Innlagt slik flere ganger og skrevet ut uten bedring i pusten» skulle fulgt magefølelsen.»

Diagnosesetting

Eksempel: «Muskulære smerter viste seg å være spredning av kreft til skjelett. Forsinket diagnostisering. Klage til fylkesmannen. Brutt helsepersonellloven.»

Spørsmål: På spørsmålet "Jeg har funnet en del gode strategier for å håndtere klinisk usikkerhet," svarte du helt enig eller enig. Kan du i stikkordsform beskrive strategier du bruker for håndtering av usikkerhet?

Spørsmålet ble stilt hvis respondentene svarte enig eller helt enig på likert-spørsmålet «Jeg har funnet en del gode strategier for å håndtere klinisk usikkerhet». Totalt fikk 364 respondenter spørsmålet og 203 svarte.

Strategi	Responser		Prosent av respondensene
	N	Prosent	
Søke emosjonell støtte	20	4,9%	10,0%
Søke faglig støtte	119	28,9%	59,2%
Være faglig nysgjerrig	15	3,6%	7,5%
Slå opp i retningslinjer og beslutningsverktøy	53	12,9%	26,4%
Overføre ansvaret tilbake til pasienten	38	9,2%	18,9%
Tiden som diagnostisk verktøy	59	14,3%	29,4%
Akseptere usikkerheten	30	7,3%	14,9%

Øke forbruket på pasienten	37	9,0%	18,4%
Erfaring	10	2,4%	5,0%
Ha "ryggen fri"	17	4,1%	8,5%
Risikoanalyse	14	3,4%	7,0%
Total	412	100,0%	205,0%

Søke emosjonell støtte

Eksempel: «Snakke om usikkerhet med kolleger.»

Søke faglig støtte – oppsøke råd i den kliniske situasjonen man står i. Inkluderer å konferere med fastlegekolleger eller spesialister

Eksempel: «Ukentlig faglige møter med mine kolleger hvor vi sammen ser på hvordan løse usikkerheten, dvs få støtte for beslutninger, hjelp til utredninger, se på klagesaker sammen»

Være faglig nysgjerrig – søke kunnskap som også er aktuell utenfor den kliniske situasjonen som gjorde legen usikker.

Eksempel: «klinisk usikkerhet gjør meg til en mer nysgjerrig lege, det er en styrke, gjør at jeg føler beslutningene veloverveid og at jeg er åpen for det videre utredningsløpet. Jeg føler det er en styrke å ikke være absolutt i mine beslutninger.»

Slå opp i retningslinjer og beslutningsverktøy

Eksempel: «bruke standard-undersøkelser, scoringsverktøy (sats, madrs ++,). [...]»

Overføre ansvaret tilbake til pasienten

Eksempel: «Diskuterer rutinemessig de forskjellige scenarioene med pasientene slik at de vet hva de skal gjøre i de alternative situasjonene»

Tiden som diagnostisk verktøy

Eksempel: «Kontrolltimer for pas der jeg er usikker, [...] gi råd om hvilke symptomer som bør gjøre at pasienten tar kontakt på nytt»

Akseptere usikkerheten

Eksempel: «Det å kjenne på usikkerheten har blitt en del av hverdagen. Sluttet å forvente av meg selv at jeg skal kunne alt, føler ikke lenger nederlag ved å erkjenne "Dette kan jeg ikke". Mer komfortabel med å erkjenne kunnskapsmangel overfor pasienten.»

Øke forbruket på pasienten

Eksempel: «Om jeg ikke har holdepunkt for noen livstruende tilstand, men stor klinisk usikkerhet, innleggelse.»

Erfaring

Eksempel: «Erfaring og faglig «pondus», selvsikkerhet. Ikke redd for å konferere ved tvil, etter en stund har man møtt mange lignende situasjoner flere ganger.»

Ha «ryggen fri»

Eksempel: «Alltid håndtere situasjonen på en sann måte at man får sove om natten. Alltid spørre seg om mitt journalnotat kan stå seg i retten. Alltid spørre seg om noe ved min håndtering kan vinkles til en avisoverskrift.»

Risikoanalyse

Eksempel: «Forklare til pas at diagnostikk er sannsynlighetsregning, være klar på hva jeg vet og ikke. [...] evt legge inn om umulig å utelukke "det farlige".»

Spørsmål: Hva er ditt beste råd til dagens medisinstudenter når det gjelder å takle klinisk usikkerhet i sitt fremtidige yrkesliv?

Spørsmålet ble stilt til alle respondentene. Totalt svarte 310 respondenter på dette spørsmålet. Inndelingen her er lik den på spørsmålet over og gruppene har de samme inklusjonskriteriene.

		N	Prosent	Prosent av respondensene
Valid	Søke emosjonell støtte	34	4,3%	11,0%
	Søke faglig støtte	117	14,9%	37,7%
	Være faglig nysgjerrig	17	2,2%	5,5%
	Slå opp i retningslinjer og beslutningsverktøy	5	,6%	1,6%
	Overføre ansvaret tilbake til pasienten	27	3,4%	8,7%
	Tiden som diagnostisk verktøy	12	1,5%	3,9%
	Akseptere usikkerheten	55	7,0%	17,7%
	Øke forbruket på pasienten	19	2,4%	6,1%
	Erfaring	10	1,3%	3,2%
	Ha "ryggen fri"	3	,4%	1,0%
	Risikoanalyse	7	,9%	2,3%
	Ikke bli (fast)lege	4	,5%	1,3%
	Total	310	39,5	100,0%
	Total	785	100,0	

Søke emosjonell støtte

Eksempel: «Ring en venn»

Søke faglig støtte

Eksempel: «Aldri være redd for å spørre fastlegekollega samt ringe ofte til sykehuskollega.»

Være faglig nysgjerrig

Eksempel: «[...] alltid være nysgjerrig på å søke ny viten/forbedre kunnskap.»

Slå opp i retningslinjer og beslutningsverktøy

Eksempel: «Slå det opp!»

Overføre ansvaret tilbake til pasienten

Eksempel: «[...] Tenke at pas har med en ape på skulderen (=problemet) som hopper over til min skulder, men som skal være med pas ut igjen.»

Tiden som diagnostisk verktøy

Eksempel: «ta pasient inn til kontroll [...]»

Akseptere usikkerheten

Eksempel: «Det viktigste er som regel å ta en avgjørelse, veldig mye kan sees an.»

Øke forbruket på pasienten

Eksempel: «[...] en har mulighet for tiltak som f.eks å ta pasienten inn til en ekstra kontroll, utføre ytterligere medisinske undersøkelser, konferere eller henvise.»

Erfaring

Eksempel: «Skaff deg en jobb, få klinisk erfaring. [...]»

Ha «ryggen fri»

Eksempel: «[...] dokumenter godt hvordan du har tenkt og vurdert. [...]»

Risikoanalyse

Eksempel: «Tenk risikovurdering. Sannsynlighet og konsekvens.»

Ikke bli lege

Eksempel: «Ikke bli allmennlege, finn en kroppsdel og beherske den helt og fullt.»

Appendiks 4: Tabell over resultat fra analyser

Index	Kjønn			Erfaring		
	χ^2	DF	p	χ^2	DF	p
Verktøy ^a	4,715a	3	0,194	15,949a	6	0,014
Sjeldnere usikker ^b	2,896a	3	0,408	25,014a	6	<0,001
Mindre plaget ^c	1,362a	3	0,714	29,835a	6	<0,001
Ringer ^d	5,551a	3	0,136	19,359a	6	0,004
Drøfter tvil med fastlegekolleger ^e	3,942a	3	0,268	3,861a	6	0,695
Konsulterer fastlegekolleger ^f	3,021a	3	0,388	14,018a	6	0,029
Konsulterer spesialister ^g	,165a	3	0,983	20,476a	6	0,002
Strategier ^h	3,633a	3	0,304	28,602a	6	<0,001
Vegring ⁱ	18,399a	3	<0,001	31,079a	6	<0,001
Skjellsettende opplevelse ^j	6,388a	3	0,094	9,451a	6	0,15
Pasientens toleranse ^k	3,280a	3	0,35	24,527a	6	<0,001
Verstefallstenkning ^l	13,913a	3	0,003	19,440a	6	0,003
Søvnproblemer ^m	8,028a	3	0,045	11,852a	6	0,065
Støtte hos andre ⁿ	5,253a	3	0,154	21,755a	6	0,001
Mye plaget ^o	19,888a	3	<0,001	17,612a	6	0,007
Bytte jobb ^p	7,660a	3	0,054	21,902a	6	0,001
Overveldet ^q	9,979a	3	0,019	18,294a	6	0,006
Oppgaveoverføring ^r	11,836a	3	0,008	36,736a	6	<0,001
Ivaretatt som ny ^s	1,881a	3	0,597	4,224a	6	0,646
Plages mer enn andre ^t	15,772a	3	0,001	31,892a	6	<0,001
Vold og trusler ^u	6,465a	3	0,091	10,865a	6	0,093

a: Grunnutdanningen gav meg gode verktøy for å håndtere klinisk usikkerhet.

b: Jeg er mye sjeldnere usikker i kliniske situasjoner nå enn jeg var tidligere i karrieren.

c: Klinisk usikkerhet plager meg mindre nå enn den gjorde tidligere i karrieren.

d: Jeg er komfortabel med å ringe til en pasient hvis jeg etter en konsultasjon plutselig kjenner meg usikker på noe.

e: Jeg drøfter jevnlig faglig tvil og klinisk usikkerhet med mine fastlegekolleger.

f: Før jeg eventuelt henviser til spesialist drøfter jeg gjerne situasjoner hvor jeg føler meg usikker med mine fastlegekolleger.

g: Før jeg eventuelt henviser til spesialist drøfter jeg gjerne situasjoner hvor jeg føler meg usikker i telefon eller en dialogmelding til en spesialist.

h: Jeg har funnet en del gode strategier for å håndtere klinisk usikkerhet.

i: Jeg vegrer meg for å fortelle andre leger om tabber og feil jeg har gjort.

j: Jeg har opplevd én eller flere overraskende og skjellsettende hendelser som har gjort meg utrygg og påvirket min praksis.

k: Pasientenes toleranse for at jeg som lege er usikker, har blitt lavere i løpet av min yrkeskarriere.

l: Jeg har en tendens til verstefallstenkning ("katastrofetanker") i jobbsituasjoner.

m: Jeg opplever søvnproblemer på grunn av klinisk usikkerhet.

n: Jeg har andre personer enn kolleger rundt meg som støtter meg i å takle hverdagens kliniske usikkerhet.

o: Klinisk usikkerhet og tvil plager meg mye i hverdagen.

p: Jeg tenker jevnlig på å bytte jobb fordi allmennpraksis fører med seg for mye usikkerhet for meg.

q: Kunnskapsnivået som forventes av allmennleger gjør meg overveldet.

r: Overføring av nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten er en vesentlig og belastende kilde til klinisk usikkerhet.

s: Da jeg var ung og uerfaren i faget følte jeg meg godt ivaretatt av mer erfarne kolleger de gangene jeg kjente meg usikker.

t: Jeg tror jeg plages mer av klinisk usikkerhet og tvil i det daglige enn andre fastleger gjør.

u: Vold og trusler er en kilde til utrygghet i min jobbhverdag på legekantoret