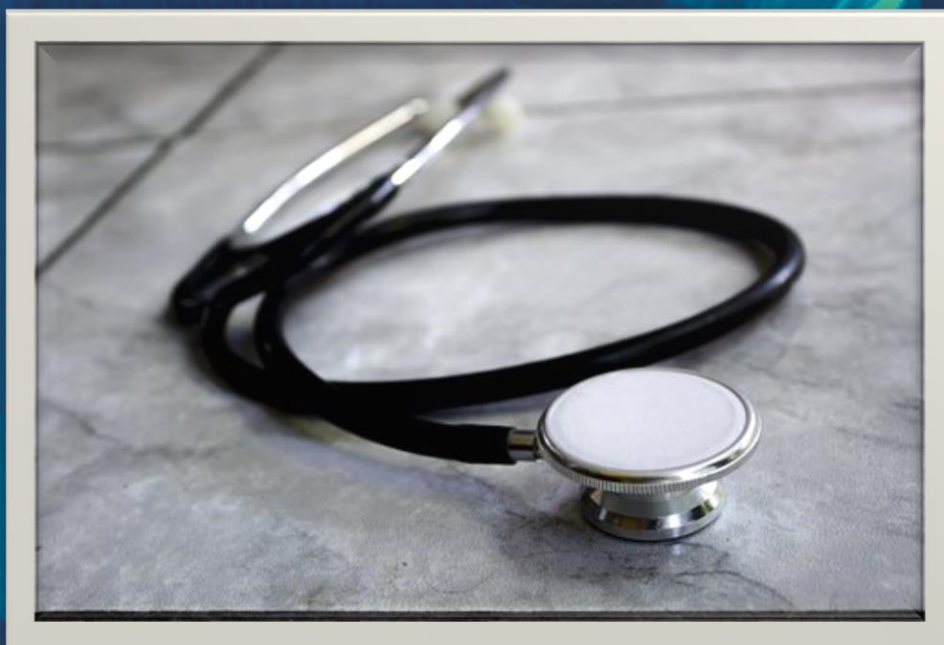


Hur hanterar ST-läkare i allmänmedicin medicinsk osäkerhet?



Författare: BEATRICE JONEKEN
ST-LÄKARE, NÄRHÄLSAN STYRSÖ VC
beatrice.joneken@vgregion.se

ST-arbete 2019

FoU-centrum Göteborg och Södra Bohuslän

ST-arbete 2019

FoU i VGR:

<https://www.researchweb.org/is/vgr/project/248791>

Utfört i grundläggande kurs i forskningsmetodik

Närhälsan FoU primärvård

FoU-centrum Göteborg och Södra Bohuslän

Handledare:

Åsa Premberg, FoU-centrum Göteborg och Södra Bohuslän

Studierektor:

Niklas Lehtipalo, specialist i allmänmedicin

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Allmänläkaryrket innebär att kunna hantera medicinsk osäkerhet. Tidigare studier har gjorts framför allt med hjälp av enkäter och fokus har legat på hur den medicinska osäkerheten kan reduceras.

Syfte: Syftet med den här studien är att undersöka hur ST-läkare i allmänmedicin hanterar medicinsk osäkerhet.

Metod: Diskussioner genomfördes i fokusgrupper som ljudinspelades och transkriberades. Datamaterialet analyserades sedan med hjälp av systematisk textkondensering enligt Malterud.

Resultat: Olika sätt att hantera medicinsk osäkerhet som framkom var: medvetenhet om inverkan av stress/trötthet, acceptera osäkerhet som en del av läkaryrket, tydlig kommunikation med patienten, planera rimlig utredning av patienten, rådfråga och söka information samt att hantera medicinsk osäkerhet på fritiden.

Diskussion: Strategierna som identifierades i studien överensstämde väl med strategier inom forskning på områdena medicinsk osäkerhet, stress/utbrändhet, beslutsfattande och resilience. Områdena medvetenhet om inverkan av stress/trötthet samt att hantera medicinsk osäkerhet på fritiden verkade gå utanför vad man tidigare inkluderat i forskning om hur medicinsk osäkerhet hanteras. Forskning av den här typen kan vara till nytta i utbildnings- och handledningssammanhang.

Keywords: medicinsk osäkerhet, allmänmedicin, ST-läkare, fokusgrupp

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Innehållsförteckning	1
Bakgrund	2
Problemformulering	4
Syfte	5
Metod	5
Teoretisk referensram	5
Urval och rekrytering	6
Datainsamling	6
Analys	7
Forskningsetiska överväganden	8
Resultat	8
Medverkan om inverkan av stress/trötthet	9
Acceptera osäkerhet som en del av läkaryrket	10
Tydlig kommunikation med patienten	11
Planera rimlig utredning av patienten	12
Rådfråga och söka information	12
Hantera medicinsk osäkerhet på fritiden	13
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
Konklusion	18
Referenser	20
Bildkällor	22
Bilaga 1	
Bilaga 2	

BAKGRUND

Allmänläkaryrket innebär att kunna hantera diagnostisk osäkerhet (1). Det går inte att helt eliminera osäkerhet från det kliniska arbetet (2). Osäkerhet förekommer inom alla specialiteter, men mer inom primärvård och psykiatri jämfört med övriga specialiteter (3). Diagnostisk osäkerhet har konsekvenser dels för den enskilda allmänläkaren, men även för patienterna och hela sjukvårdssystemet (4).

Inom litteraturen förekommer ett flertal begrepp; på svenska diagnostisk osäkerhet (1), på engelska "uncertainty", "clinical uncertainty", "diagnostic uncertainty" eller "medical uncertainty" (2, 3, 4, 5). Lucia Sommers (YY) inkluderar följande förslag till definition i inledningskapitlet av "Clinical Uncertainty in Primary Care": "We defined case-based clinical uncertainty as 'the confusion, conflict, stuckness, unease, and/or discomfort an individual primary care clinician experiences when confronting a predicament in an individual patient who presents a diagnostic, therapeutic, general management, clinician-patient relationship, prognostic, ethical dilemma, or some combination of these dimensions.'" Definitionen användes i sammanhang med case-baserat arbete i mindre grupper av läkare (6).

Termen medicinsk osäkerhet har valts av projektledaren och används fortsättningsvis i texten nedan. Enligt definition av projektledaren menas i det här sammanhanget att känna sig osäker i handläggningen av en patient, dvs. en sorts osäkerhet rörande utredning/diagnostik där man är osäker om man gör rätt; om man skulle ha gjort något mer eller något annorlunda. Medicinsk osäkerhet infinner sig före man har upptäckt ett misstag eller en felbehandling, och den kan infinna sig fastän handläggningen kan betraktas som korrekt, och fastän man i efterhand ser att allt har gått bra.

Vid en australiensk enkätstudie av ST-läkare i allmänmedicin såg man ett samband mellan oro relaterad till medicinsk osäkerhet och en högre risk för utbrändhet ("burnout"). Sekundär traumatisk stress, allmän intolerans av osäkerhet, oro pga. klinisk osäkerhet och motvilja att avslöja osäkerhet för patienter sammankopplades med ökad risk för utbrändhet. Att samtala om tolerans av osäkerhet och att handlägga medicinsk osäkerhet på ett evidensbaserat sätt skulle kunna vara ett sätt att närma sig ST-läkare istället för att prata om att förebygga utbrändhet på en generell nivå (7). Låg tolerans av osäkerhet i arbetet var en av faktorerna som samvarierade med känslomässig utmattning ("emotional exhaustion") i en finsk enkätstudie av allmänläkare (8).

Studier avseende hur specialister och/eller ST-läkare i allmänmedicin hanterar medicinsk osäkerhet har genomförts framför allt i form av enkätstudier (7, 9, 10), men användandet av enskilda intervjuer (2) och fokusgrupper har också förekommit (11, 12). Danczak och Lea (12) presenterar i sin kvalitativa studie av brittiska ST-läkare i allmänmedicin en klassificering av osäkerhet i form av analys, nätverkande, förhandling och teamwork som framkom genom diskussion i fokusgrupper. Danczak och Leas studie resulterade i en bok som ytterligare beskriver ovanstående kategorier och även föreslår hur läkare under utbildning kan träna sig på området. Bokens slutsats är att osäkerhet är oundviklig, nödvändig, att den kan delas med patienter och att det är ett kännetecken som definierar professionellt yrkesutövande (13).

Den tidigare nämnda boken "Clinical Uncertainty in Primary Care" utforskar begreppet medicinsk osäkerhet (de har valt begreppet klinisk osäkerhet) samt föreslår hur utbildningsläkare kan tränas i att hantera osäkerheten. Metoden small

group-learning förespråkas; Balintgrupper, grupphandledning (peer supervision groups) och FQ-grupper tas upp som förslag (14).

I en systematisk litteraturöversikt av hanteringen av medicinsk osäkerhet inom primärvård inkluderades tio studier och man delade in hanteringen av osäkerhet i tre aspekter; kognitiva, känslomässiga och etiska. Avseende etiska aspekter framkom behovet av att balansera paternalism och delat beslutsfattande, samt att förklara osäkerhet och risk för patienten på ett lämpligt sätt utifrån sammanhanget så att konsultationen är transparent. Avseende känslomässiga aspekter nämns läkarens självkännedom om sina egna känslomässiga reaktioner relaterade till medicinsk osäkerhet samt att egna karaktärs-/personlighetsdrag kan påverka hanteringen av osäkerheten. På området kognitiva aspekter nämns hjälpmedel såsom beslutsstöd, verktyg som genererar differentialdiagnoser och diagnostiska riktlinjer. Man nämner i slutsatsen att det finns begränsningar avseende empirisk evidens rörande hanteringen av medicinsk osäkerhet, och att det snarare har fokuserats på att reducera medicinsk osäkerhet istället för att träna läkare i att hantera eller tolerera den (4).

Problemformulering

Samband mellan medicinsk osäkerhet och utbrändhet har beskrivits. Tidigare indelningar av strategier för att hantera medicinsk osäkerhet är till exempel analys, nätverkande, förhandling och teamarbete, respektive kognitiva, känslomässiga och etiska aspekter. De kvalitativa studier som gjorts rörande medicinsk osäkerhet har framför allt fokuserat på att reducera osäkerheten, det finns således begränsad forskning avseende hur medicinsk osäkerhet hanteras. Datainsamling med hjälp av diskussion i fokusgrupp är ovanligt på området hantering av medicinsk osäkerhet.

SYFTE

Syftet med den här studien var att undersöka hur ST-läkare i allmänmedicin hanterar medicinsk osäkerhet.

METOD

För att beskriva hur ST-läkare i allmänmedicin hanterar medicinsk osäkerhet valdes en kvalitativ metod, med syfte att fokusera på ökad förståelse av ST-läkares upplevelser och erfarenheter relaterade till det valda temat (15, 16). Datainsamling skedde med hjälp av diskussion i fokusgrupper. Metoden systematisk textkondensering enligt Malterud har valts för dataanalys. Kvalitativ analys innebär abstraktion och generalisering. Den aktuella metoden innefattar dekontextualisering och rekontextualisering för att uttömma olika versioner av de svar som kan identifieras i materialet. I dekontextualiseringen lyfts delar av materialet tillfälligt ut och studeras tillsammans med liknande element. I rekontextualiseringen kontrolleras att de svar som man konstruerat fortfarande stämmer överens med sammanhanget och helheten (16).

Teoretisk referensram

Systematisk textkondensering är inspirerad av Giorgis fenomenologiska metod. En fenomenologisk inställning innebär att titta på objektet från det perspektiv som det upplevs och skapar förutsättningar för ett sökande efter fenomenets essens (17). Fenomenologi innebär att ”gå tillbaka till sakerna själva”, och studera sakerna som fenomen dvs. i relation till ett subjekt; någon som ”sakerna” visar sig för (18). I den aktuella studien är fenomenet/objektet medicinsk osäkerhet, och ST-läkarna utgör subjekt. Malterud menar att metoden systematisk textkondensering är lämplig för analys av fenomen med syftet att utveckla nya

beskrivningar och begrepp (16), vilket bedöms vara passande för den aktuella studien.

Urval och rekrytering

Den tilltänkta populationen var ST-läkare i allmänmedicin från Västsverige, tre grupper à sex ST-läkare. Inklusionskriterier var ursprungligen svensktalande ST-läkare med minst ett års erfarenhet inom ST i allmänmedicin. ST-läkare som personligen kände projektledaren skulle komma att exkluderas. Urvalet planerades att göras med spridning avseende kön, ålder, antal tjänstgöringsmånader på ST, privat/offentlig vårdcentral, utbildningsland, om möjligt. Genom kontakt med ST-läkarnas studierektorer genomfördes rekrytering av 17 ST-läkare (bortfall av en person) som efter skriftlig information om studien tackade ja. Rekryteringen gjordes av projektledaren där de som anmält sig frivilliga fick delta i diskussionerna, och ingen exkluderades. Totalt 17 personer deltog, 5 män och 12 kvinnor. Åldern var i genomsnitt 35,2 år (30-51 år). I genomsnitt hade gruppen tjänstgjort som ST-läkare 32,1 månader, varierande mellan 3 och 58 månader. Avseende utbildningsland var 13 läkare utbildade i Sverige och 4 läkare utomlands. Avseende anställning arbetade 11 st på privat vårdcentral och 6 st på offentlig vårdcentral. Undersökningspersonerna kunde välja att avbryta deltagandet i studien.

Datainsamling

En moderator (projektledaren själv) ledde samtalen, som spelades in i sin helhet (ljudinspelning) vid två tillfällen, 2018-11-07 och 2018-12-05. Alternativet att ha en bisittare/observatör valdes bort pga. ekonomiska resurser. ST-läkare i allmänmedicin deltog i diskussioner i fokusgrupper om fem eller sex ST-läkare under 45-60 minuter. En intervjuguide användes för definition och inledande

frågor (bilaga 2). Fokusgrupper valdes för att stimulera till interaktion och erfarenhetsutbyte med syfte att undersöka så många aspekter som möjligt av temat (19). Ljudinspelningarna transkriberades av projektledaren i snar anslutning till inspelningstillfällena.

Analys

Datamaterialet analyserades med hjälp av systematisk textkondensering enligt Malterud. Analysen av varje fokusgruppsdiskussion genomfördes i fyra faser. Fas ett innebar att få ett helhetsintryck av materialet via genomläsning av hela transkriptet med ett öppet sinne. Sökande efter preliminära teman ingick, men utan att börja systematisera. Fas två innebar en systematisk läsning av transkriptet rad för rad, för att identifiera meningsbärande enheter, dvs. textfragment som var relaterade till forskningsfrågan. Manuell metod valdes för kodning av de meningsbärande enheterna, vilket innebar att sortera dem i relation till de teman som identifierats i fas ett. Denna fas utgjorde därmed en form av dekontextualisering där textdelar tillfälligt togs ur sitt sammanhang. Kodningen innefattade flexibilitet och utarbetande av kodgrupper, vilket ledde till en vidareutveckling jämfört med de preliminära teman som hade identifierats i fas ett. Fas tre innebar att kondensera innehållet från kod till innebörd/mening. Endast de meningsbärande enheterna studerades, och en översyn över kodgrupperna genomfördes var och en för sig för att sortera i grupper och subgrupper. Varje grupp benämndes med ett konstgjort citat (kondensat) som sammanfattade innehållet från hela subgruppen. Fas fyra innefattade rekontextualisering, dvs. att sammanfatta i form av beskrivningar som slutligen blev en analytisk text. Texten sammanfattar innehållet i kodgruppen och innehåller citat från undersökningsspersonerna. Slutligen behövde de analytiska texterna valideras i

förhållande till ursprungsmaterialet (transkripten i sin helhet) och ett sökande efter data som motsäger slutsatserna utfördes (16, 18). Analytisk text och kondensat jämfördes med transkripten för att bekräfta att resultatet speglade datamaterialet så att väsentliga data hade inkluderats, och att det inte fanns ytterligare data som hade blivit missade.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Undersökningspersonerna informerades i förhand om upplägget. Temat som diskuterades bedömdes kunna ge upphov till känslomässigt obehag hos enskilda individer. Om någon deltagare upplevde att den hade blivit illa berörd under eller efter studien planerades stöd från projektledaren för att föreslå samtal mellan ST-läkaren och dennes kliniska handledare, alternativt att föreslå kontakt med vårdcentral eller företagshälsovård. Bandinspelningarna som gjordes samt uppgifterna om deltagarna i studien användes enbart för forskningsändamålet. Personuppgiftsanmälan skickades in. Riktlinjer enligt Helsingforsdeklarationen följdes (20). Studien gjordes inom ramen för ett utvecklingsarbete och planerades ej för publicering. Deltagarna erbjöds möjlighet att läsa den skriftliga rapporten. Med ovanstående som grund bedömdes en ansökan för etisk prövning inte nödvändig.

RESULTAT

Det upplevdes överlag positivt av undersökningspersonerna att få tid för att samtala om just medicinsk osäkerhet. Resultaten från dataanalysen presenteras i tabell 1 i form av sex områden. Stor del av insamlade data handlade om att acceptera osäkerheten, att kommunicera med patienten samt att rådfråga kollegor.

	Tabell 1: Strategier för att hantera medicinsk osäkerhet
1	Medvetenhet om inverkan av stress/trötthet
2	Acceptera osäkerhet som en del av läkaryrket
3	Tydlig kommunikation med patienten
4	Planera rimlig utredning av patienten
5	Rådfråga och söka information
6	Hantera medicinsk osäkerhet på fritiden

Medvetenhet om inverkan av stress/trötthet

Undersökningspersonerna beskrev en upplevelse av att belastas mer av medicinsk osäkerhet vid tillfällen när de kände sig stressade eller mår dåligt på annat sätt. Vid ökad stress fanns en ökad oro att missa något och beslutsfattandet blev svårare, liksom förmågan att hårbärgera den oro/ångest som alltid förekommer i viss mån i läkarrollen. Vid stress fanns en tendens att överutreda, samt att skjuta upp beslutsfattande. Tid på dagen beskrevs som en faktor som spelar roll för graden av medicinsk osäkerhet samt svårigheten med att fatta beslut. Medicinsk osäkerhet kan även tolkas som en signal på att det behövs mer administrativ tid/tid att tänka efter, mer generellt (arbetsmiljörelaterat). I förebyggande syfte nämns att sova bra och undvika stress.

”Jag har tänkt på att jag belastas mycket mer av den här osäkerheten när jag är stressad, eller om jag mår dåligt, är väldigt trött eller förkyld eller vad det nu kan vara, då kan saker växa...”
(IP 4)

”...när man är lite allmänt ur balans privat, då blir det också svårare och svårare att ta beslut, man tar ju väldigt många beslut märker man då...” (IP 10)

Acceptera osäkerhet som en del av läkaryrket

Undersökningspersonerna lyfte fram vikten av att acceptera sig själv där man just nu befinner sig kunskapsmässigt och erfarenhetsmässigt. Vid ett jourpass kanske det bara finns en läkare på plats och just då är det den bästa hjälpen som patienten kan få. Vikten av att vara öppen och berätta vad man inte vet/kan, poängterades. Dessutom finns det idag så mycket information att det inte går att vara insatt i allt. Det beskrevs även att en del utredningar tar tid, till exempel att få svar på prover och röntgen. Det kan ingå en osäkerhet i själva utredningsgången. Osäkerheten är därmed en del av jobbet. Det finns tillfällen när man helt enkelt kan behöva stå ut med osäkerheten. Rädslan för att missa en allvarlig sjukdom nämndes vid ett flertal tillfällen. En stor patientgrupp är äldre patienter med kroniska sjukdomar, de kan ha flera sjukdomar och ett flertal mediciner. Det är rimligt att de kommer att dö av någon av sjukdomarna förr eller senare, och det är inte säkert att det kan förebyggas/upptäckas/förhindras av en läkare. Ett perspektiv som upplevdes som tröstande var att det är sjukdomarna och inte läkarna som dödar patienterna.

”Ibland är det ju inte heller så att det är någon avsaknad av information eller kunskap, utan själva utredningsgången är så att det finns en osäkerhet.” (IP 3)

”Det är ju också ett faktum att alla till slut kommer att bli allvarligt sjuka, så det är bara en tidsfråga på något sätt som vi måste hantera – den osäkerheten när, det handlar ju inte om, det handlar ju om när, det är vi som ska försöka upptäcka när det sker.” (IP 6)

Tydlig kommunikation med patienten

Undersökningspersonerna beskrev vikten av att använda konsultationsteknik under patientmötet, och fråga hur man kan hjälpa patienten på bästa sätt idag för att utgå från patientens önskemål. Om patienten svarar på ett diffust sätt kan läkaren ställa följdfrågor för att få ett mer specifikt svar, t.ex. angående feber/kroppstemperatur. Kontinuitet mellan läkare och patient underlättar relationen. Från läkarens håll är det viktigt att formulera sig rätt om vad man har utrett/uteslutit, vad som är sannolikt eller osannolikt, så att patienten kan känna sig trygg. Om läkaren upplever en ”inadekvat” osäkerhet/oro (dvs. ej relaterad till det medicinska) är det kanske något hos patienten som väcker oron, eller att läkaren blir smittad av patientens oro. Det kan förekomma att man oroar sig för en viss typ av patienter. Undersökningspersonerna beskrev även att läkaren kan lägga över en del ansvar på patienten genom att säga att hen ska återkomma vid försämring eller utebliven förbättring. En svårighet kan då i vissa fall vara att patienten och läkaren har olika tidsperspektiv på när ny kontakt borde ske, om det inte uttalas. Om det finns osäkerhet under patientbesöket går det att boka återbesök eller telefontid. Det går också att ringa oplanerat för att ställa kompletterande frågor, lägga till prover eller ändra utredningsgången. Det kan hända att man tänker annorlunda i efterhand eller nästa dag och vill ändra planeringen.

”...så jag säger alltid till patienten att får du några nya symtom eller det blir värre så får du hör av dig, då får du söka igen.”

(IP 5)

”Om jag är riktigt osäker så sätter jag nog upp antingen att jag ska ringa patienten själv om en vecka och kolla läget, eller att ta tillbaka patienten.” (IP 10)

Planera rimlig utredning av patienten

Det beskrevs att man som läkare kan försöka att utesluta de värsta diagnoserna först, och/eller de vanligaste, samt att fokusera på att göra en bedömning av det patienten söker för. Vid osäkerhet under besöket kan en strategi vara att sänka kraven lite, börja med provtagning och sedan fundera i lugn och ro, alternativt ta in en kollega på rummet. Det kan underlätta att tidsmässigt bestämma hur snabbt det behöver utredas/handläggas. Vid patientfall med lång eller svår utredning kan ett sätt vara att göra ett mycket utförligt status samt längre journalanteckningar, för att komma ihåg allt som har gjorts och hålla ryggen fri. Det nämns som en risk vid förekomst av medicinsk oro att utredningen blir mer omfattande än indicerat, att man lägger mer tid och resurser än vad som skulle krävas.

”Tidsmässigt också att man bestämmer sig – är det här bråttom eller kan det vänta?” (IP 15)

”Risken när jag inte hanterar den där osäkerheten, det är alltid att jag gör för mycket.” (IP 4)

Rådfråga och söka information

Att rådfråga handledare eller kollegor togs upp i samtliga diskussioner. Tidigt i ST frågar man en del extra för att dubbelkolla att ens handläggning är rätt. Det är möjligt att man väljer kollega utifrån hur säker eller osäker man själv känner sig. Just att formulera frågan kan hjälpa, då kanske man inte alltid behöver fråga. Det kan vara tid som behövdes, för att tänka färdigt. Det är viktigt med tidpunkter på

dagen där man möter sina kollegor och kan bolla lite. Läkarmöten där man kan dela med sig av sin osäkerhet. En del sitter gemensamt och administrerar. Även Balintgrupp och nätverksgrupperna för ST-läkare, eller att diskutera med gamla kursare, kan vara till hjälp. Eller att läsa på i litteratur, databas eller riktlinjer, samt utbildning/fortbildning överlag. Det går även att ringa och fråga en sjukhusspecialist, och det beskrevs att man vid stark osäkerhet ber om, och journalför, specialistens för- och efternamn. Alternativt skicka en frågeremiss eller remittera patienten vidare. Vid osäkerhet kring en pågående utredning går det att läsa i patientens journal för att se vad man egentligen har gjort, med avsikt att kunna känna sig lugnare.

”Bolla med någon annan tycker jag, alltså ST-kollega eller handledare. Jag gjorde så här, hade du gjort något mer? Hade du tänkt annorlunda?” (IP 11)

”Balintgrupp kan ju också vara ett forum för att hantera medicinsk osäkerhet.” (IP 10)

Hantera medicinsk osäkerhet på fritiden

Om känslan finns på fritiden så kan den delas med en partner eller nära vän, att man berättar att känslan finns där. Eller med en kollega. Det kan hjälpa att prata med någon om det. Det är också bra att göra andra saker t.ex. träna, umgås med vänner, avsätta tid för återhämtning, så att jobbet inte blir det enda viktiga i livet. Det är viktigt att ha ett annat liv vid sidan av. Om man kommer på någon labbanalys eller någon utredning som man vill lägga till på en patient går det att sätta en påminnelse i telefonen eller maila till sig själv.

”Man vet ju att man har gjort allting enligt skolboken men man har ändå den här oroliga känslan, kanske för tiden som man väntar, då kan man ju lyfta den känslan.” (IP 17)

”Sen på sin fritid händer det ju att man så här efter jöuren ringer en kollega.” (IP 5)

DISKUSSION

Det finns flera studier om medicinsk osäkerhet hos allmänläkare, men de flesta är av enkättyp. I de kvalitativa studier som har gjorts har det fokuserats på att reducera medicinsk osäkerhet snarare än att hantera den. För att få fördjupad kunskap på området och ökad förståelse för den aspekt av allmänläkaryrket som hantering av medicinsk osäkerhet innebär, bedömdes det av värde att komplettera med ytterligare en studie av fokusgrupp-typ. Förhoppningen var att denna typ av forskning skulle kunna vara ett bidrag i utbildnings- och handledningssammanhang.

Metoddiskussion

Syftet var att genom diskussion i fokusgrupper få ett bredare perspektiv av ämnet, jämfört med enskilda intervjuer, samt att genomlys problemet på ett annat sätt än enkätstudier.

Studiens styrkor var att det blev relativt stor spridning i gruppen av undersökningsspersoner, samt att mycket material samlades in under diskussionerna i fokusgrupper. På grund av vissa svårigheter i rekryteringen, inkluderades två personer med mindre än ett års erfarenhet. Det var inte den ursprungliga planen, men det bidrog med erfarenhet av tidiga ST-läkares

upplevelser och ledde sammantaget till en större spridning. Mest troligt påverkades inte resultatet negativt av deras medverkan.

Svagheter med studien var att projektledaren fungerade som samtalsledare i diskussionerna, utan tidigare erfarenhet på området. Jämfört med en erfaren samtalsledare blev det totalt sett mindre interaktion från samtalsledaren, och beskrivningarna kan ha blivit mindre detaljerade då undersökningsspersonerna inte ombads utveckla sina beskrivningar i samma omfattning som med en erfaren samtalsledare. Det fanns inte heller möjlighet att ha med bisittare/observatör, som hade kunnat bidra med observationer utifrån utan att själv interagera med gruppen. Det var svårt att identifiera ett enhetligt etablerat begrepp både på svenska och engelska, och valde ”medicinsk osäkerhet” som en översättning av engelskans ”medical uncertainty” (2, 3, 4, 5).

Studien är liten, och genomförd som ett utvecklingsarbete på begränsad tid. Den kan utgöra underlag för vidare forskning på området. Resultaten bedöms tillförlitliga utifrån antalet studiedeltagare. Studien är sannolikt överförbar till ST-läkare i allmänmedicin som arbetar i svensk stadsmiljö under liknande förhållanden.

Resultatdiskussion

Följande områden identifierades: medvetenhet om inverkan av stress/trötthet, acceptera osäkerhet som en del av läkaryrket, tydlig kommunikation med patienten, planera rimlig utredning av patienten, rådfråga och söka information samt hantera medicinsk osäkerhet på fritiden (tabell 1). Studiens resultat innehåller aspekter som utgör olika strategier för att hantera den känsla av medicinsk osäkerhet som ingår i läkaryrket. Både generella och specifika strategier identifierades. Strategier som kunde användas före, under samt efter

patientkontakten kom att ingå. Mycket av materialet i den aktuella studien handlade om att acceptera osäkerhet som en del av läkaryrket, samt att kommunicera med patienten och att rådfråga kollegor.

Vid en jämförelse mellan medvetenhet om inverkan av stress/trötthet, och övriga studiers resultat, framkom framför allt det omvända sambandet, det vill säga att medicinsk osäkerhet kan leda till stress och utbrändhet. Man har tidigare beskrivit att en högre förekomst av, eller en lägre tolerans av, medicinsk osäkerhet leder till utmattnings/utbrändhet hos läkare (6, 7). Från resultat av djurstudier vet man att stress påverkar delar av hjärnan som är involverade i beslutsfattande, vilket gäller även för människor. Man skiljer på akut och kronisk stress där kronisk stress tydligt försämrar beslutsfattandeförmågan hos människor, och akut stress generellt ger förhöjd prestationsförmåga i uppgifter relaterade till beslutsfattande. Vid akut stress under osäkra förhållanden finns en högre förekomst av riskfyllda beslut (21). Det som framkom i den aktuella studien var att stress av olika ursprung kan påverka dagsformen och göra att det vissa dagar är svårare att hantera den medicinska osäkerhet som ingår i allmänläkaryrket, samt att beslutsfattandet blir svårare.

Att acceptera osäkerhet som en del av läkaryrket, var ett mångfacetterat och omfattande område. I en systematisk litteraturöversikt (Alam et. al, 2017 (4)) delas hanteringen av osäkerhet in i kognitiva, känslomässiga och etiska aspekter. De studier som inkluderades var framför allt av kvantitativ typ eller observationsstudier. Det som benämns ”känslomässiga aspekter” innefattar att acceptera medicinsk osäkerhet som en oundviklig del av allmänmedicin vilket överensstämde väl med den här delen av studiens resultat. Begreppet ”resilience” används, där låg förekomst av det hos läkare korrelerade med svårigheter att

tolerera medicinsk osäkerhet. En definition av resilience enligt Zwack och Schweizer (22) är att det är ”en individs förmåga att svara på stress på ett hälsosamt, adaptivt sätt så att personliga mål uppnås på minimal psykologisk och fysisk bekostnad” (fritt översatt från engelska av projektledaren).

Tydlig kommunikation med patienten beskrivs även av Danczak och Lea (12), där man benämner det ”förhandling”. Det innebär ett samtal mellan läkare och patient t.ex. angående att bestämma upplägg för en behandling, där beslutet behöver vara gemensamt och patienten behöver vara insatt i prognos och risker (13). Studiens upplägg påminner om den aktuella studien, då de genomförde diskussioner i två fokusgrupper om 10 läkare (4). Diskussionen utgick från frågan ”vad gör du när du inte vet vad du ska göra?”. Frågan var således snävare än den frågeställning som användes i den här studien. Analysmetoden var induktiv tematisk analys (inductive thematic analysis) och det resulterade i en klassificering av osäkerhet. Vad Alam et al. (4) benämner ”etiska aspekter” korrelerade delvis med tydlig kommunikation med patienten. Att diskutera läkarens egen medicinska osäkerhet med patienten avseende en pågående utredning togs upp.

Att planera rimlig utredning av patienten, korrelerar relativt väl med Danczak och Leas (12) ”analyserande”, exempel ges i form av att utesluta patologi eller att använda diagnoskriterier. Det korrelerar även till viss del med Alam et al. (4) resultat ovan; att fatta provisoriska beslut genom att använda intuition och magkänsla, som en del av utredningen.

Slutligen; att hantera medicinsk osäkerhet på fritiden, fanns inte beskrivet i någon av de studier som identifierades vid den initiala artikelsökningen. På området resilience hos läkare i Zwack och Schweiters (22) studie nämns fritidsaktiviteter så som fysisk aktivitet, kulturella aktiviteter eller en mer omfattande hobby.

Andliga övningar och meditation förekom också. Vikten av att ha ett annat liv vid sidan av yrkeslivet poängterades, på samma sätt som i den aktuella studien. I en intervjustudie av resilience hos 17 kanadensiska specialister i allmänmedicin framkom följande strategier: prioritera sig själv, rekreation och fysisk aktivitet, regelbunden semester, andlighet och personliga relationer (23). Liknande strategier framkom i en studie (fokusgrupper och intervjuer) av engelska allmänläkare; meditation, mindfulness, stresshantering, regelbunden fysisk aktivitet och god kosthållning (24).

Sammanfattningsvis, områdena ”medvetenhet om inverkan av stress/trötthet” samt ”att hantera medicinsk osäkerhet på fritiden” har inte kunnat återfinnas som resultat i studier som fokuserat på hur medicinsk osäkerhet hanteras, däremot korrelerar de väl med forskning inom området resilience, stress/utbrändhet och beslutsfattande hos läkare. Således bidrar ”medvetenhet om inverkan av stress/trötthet” och ”att hantera medicinsk osäkerhet på fritiden” med ny kunskap till området hantering av medicinsk osäkerhet.

KONKLUSION

Följande områden identifierades: medvetenhet om inverkan av stress/trötthet, acceptera osäkerhet som en del av läkaryrket, tydlig kommunikation med patienten, planera rimlig utredning av patienten, rådfråga och söka information samt hantera medicinsk osäkerhet på fritiden (tabell 1). De strategier som identifierades i studien innefattar både generella och specifika strategier, samt vad läkaren kan göra före, under och efter patientkontakten. Även livet utanför jobbet innefattades samt medvetenhet om hur dagsformen är. Jämfört med litteratur och artiklar på området, hade studien ett avgränsat syfte i form av att enbart beskriva hur ST-läkare i allmänmedicin hanterar medicinsk osäkerhet på olika sätt.

Kvalitativ forskning om medicinsk osäkerhet kan vara till nytta i utbildnings- och handledningssammanhang, men är sannolikt även relevant på specialistnivå då den medicinska osäkerheten är den del av allmänläkaryrket. Resultatet skulle kunna inspirera till diskussionsunderlag för till exempel ST-läkare, handledare och studierektorer. Det bedöms även vara relevant för grundutbildningen till läkare.

REFERENSER

1. Hunsår S (red.), Hovellius B (red. Sverige). Allmänmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2007.
2. Beresford EB. Uncertainty and the shaping of medical decisions. The Hastings Center Report. 1991;21(4):6-11.
3. Evans L, Trotter DRM. Epistemology and uncertainty in primary care: an exploratory study. Fam Med. 2009;41(5):319-26.
4. Alam R, Cheraghi-Sohi S, Panagioti M, Esmail A, Campbell S, Panagopoulou E. Managing diagnostic uncertainty in primary care: a systematic critical review. BMC Family Practice 2017;18(79).
5. 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;51:1277-1288.
6. Siegel Sommers L, Launer J (red.). Clinical Uncertainty in Primary Care. London: Springer; 2013. p. 6.
7. Cooke GPE, Doust JA, Steele MC. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. BMC Medical Education. 2013;13(2).
8. Torppa MA, Kuikka L, Nevalainen M, Pitkälä KH. Emotionally exhausting factors in general practitioners' work. Scandinavian Journal of Primary Health. 2015;33:178-183.
9. Schneider A, Löwe B, Barie S, Joos S, Engeser P, Szecsenyi J. How do primary care doctors deal with uncertainty in making diagnostic decisions? Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2010;16:431-347.
10. Nevalainen M, Kuikka L, Pitkälä K. Medical errors and uncertainty in primary healthcare: A comparative study of coping strategies among young and

- experienced GPs. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2014;32(2):84-89.
11. Schneider A, Wübken M, Linde K, Bühner M. Communicating and dealing with uncertainty in general practice: the association with neuroticism. *PLoS ONE*. 2014;9(7).
12. 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;25:321-326.
13. Danczak A, Lea A. *Mapping Uncertainty in Medicine*. London: Royal College of General Practitioners; 2016.
14. Siegel Sommers L, Launer J (red.). *Clinical Uncertainty in Primary Care*. London: Springer; 2013.
15. Patel R, Davidson B. *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur; 2011.
16. Malterud K. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur; 2014.
17. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012;40:795-805.
18. Bengtsson J (red.). *Med livsvärlden som grund*. Lund: Studentlitteratur; 2005.
19. Dahlin-Ivanoff S, Holmgren K. *Fokusgrupper*. Lund: Studentlitteratur; 2017.
20. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects. Helsingfors: WMA:s årsmöte; 1964, senast ändrad vid WMA:s årsmöte i Brasilien 2013. [citerad 2018-05-22]. Hämtad från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

21. Morgado P, Sousa N, Cerqueira JJ. The Impact of Stress in Decision Making in the Context of Uncertainty. *Journal of Neuroscience Research*. 2015;93:839-847.
22. Zwack J, Schweitzer J. If Every Fifth Physician Is Affected by Burnout, What About the Other Four? Resilience Strategies of Experienced Physicians. *Academic Medicine*. 2013 Mar;88(3):382-389.
23. Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H, Everson J. Building Physician Resilience. *Canadian Family Physician* 2008;54:722-729.
24. Cheshire A, Ridge D, Hughes J, Peters D, Panagioti M, Chantal S et al. Influences on GP coping and resilience: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*. 2017 Jun:e428-e436.

BILDKÄLLOR

Försättsblad: pixabay.com



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Information till forskningspersonerna

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Allmänläkaryrket innebär bland annat att kunna hantera medicinsk/diagnostisk osäkerhet. I tidigare studier har man sett samband med oro relaterad till medicinsk osäkerhet och även större risk för utmattning/utbrändhet. På området har det framför allt gjorts enkätstudier, endast få diskussioner i fokusgrupp. Syftet med den här studien är att undersöka hur ST-läkare i allmänmedicin hanterar medicinsk osäkerhet.

Du tillfrågas då du tillhör ST-läkargruppen i Göteborg, och jag har fått tillåtelse via era studierektorer att tillfråga angående deltagande i studien.

Forskningshuvudman för projektet är Maria Larsson, primärvårdschef FoU i Västra Götalandsregionen. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går studien till?

Deltagande i studien innebär att gå ifrån ca 60 minuter på en av era ST-dagar i höst, deltagandet är vid endast ett tillfälle. Upplägget är diskussion i fokusgrupp med 6 ST-läkare per grupp samt moderator i form av projektledaren. Hela fokusgruppsdiskussionen kommer att ljudinspelas och senare transkriberas för att analyseras enligt systematisk textkondensering (enligt Malterud). Därefter sammanställs en vetenskaplig rapport.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Deltagande i studien innebär att sitta med i en fokusgruppsdiskussion i ca 60 min. Före diskussionens början görs en överenskommelse om tystnadsplikt. Temat som diskuteras kan ge upphov till känslomässigt obehag hos enskilda individer. Var och en delar med sig av den information som man själv är bekväm med. Det går bra att säga "pass" om någon deltagare riktar frågan direkt till dig. Moderatorns uppgift är att hålla i strukturen för samtalet och rikta frågor till gruppen. Om någon deltagare upplever sig illa berörd under eller efter studien rekommenderas kontakt med projektledaren för vidare stöd/hänvisning. Vid behov förmedlas vidare kontakt med vårdcentral eller företagshälsovård.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig. I samband med fokusgruppsdiskussionen önskas uppgift om kön, ålder, antal genomförda månader av ST i allmänmedicin, utbildningsland samt om du arbetar på privat eller offentlig vårdcentral. Informationen används för att beskriva deltagargruppens sammansättning. Sammansättningen beskrivs översiktligt i den vetenskapliga rapporten, och kommer ej gå att härleda till den enskilda forskningspersonen. Ljudinspelningen hanteras endast av

projektledare samt dennes handledare, den transkriberade texten från intervjuerna förvaras tillsammans med personuppgifterna.

Uppgifterna kommer att hanteras och förvaras så att ingen obehörig får åtkomst till dem, på behörighetsskyddad, icke-flyttbar media (dator) på Västra Götalandsregionens datanätverk. Uppgifterna kommer att förvaras i minst 10 år för att möjliggöra granskning. Källa till uppgifterna är du själv och de svar du lämnar i samband med studiens genomförande. Data kommer att avidentifieras och alla resultat kommer att presenteras på gruppnivå så att ingen information kommer gå att härleda till dig som person.

Ändamålet med behandling av personuppgifterna är att kunna genomföra denna forskningsstudie. Den rättsliga grunden för behandlingen är att denna forskning utgör en uppgift av allmänt intresse samt att du som deltagare har gett ditt samtycke. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Ansvarig för dina personuppgifter är Närhälsan styrelse för primärvård. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta studieansvarig forskare Beatrice Joneken. Har du frågor eller synpunkter kring hanteringen av dina personuppgifter kan du även kontakta Närhälsans dataskyddsombud som du når på: narhalsan.dataskyddsombud@vgregion.se. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Hur får jag information om resultatet av studien?

De som i efterhand önskar ta del av den vetenskapliga rapporten kommer att få den skickad per e-post. Vid önskemål om direkt kontakt med projektledaren under eller efter studiens avslut, finns e-post och telefonnummer nedan.

Ersättning

Deltagande sker på arbetstid enligt godkännande av studierektorer. Ersättning utgår ej.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. ST-läkare som personligen känner projektledaren kommer att exkluderas på förhand då det bedöms kunna influera fokusgruppsdiskussionen, där moderatorn ej bör vara bekant med studiedeltagarna.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

Ansvarig för studien

Ansvarig för studien är:

Projektledare: Beatrice Joneken, ST-läkare i allmänmedicin på Närhälsan Styrso VC.

E-postadress: beatrice.joneken@vgregion.se

Telefonnummer: 0767-776940

Handledare: Åsa Premberg, e-postadress: asa.premberg@gu.se

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- ☐ Jag samtycker till att delta i studien ”Hur hanterar ST-läkare i allmänmedicin medicinsk osäkerhet?”
- ☐ Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformationen.

Plats och datum	Underskrift och namnförtydligande

Intervjuguide

1. Intro/definition av medicinsk osäkerhet

Med medicinsk osäkerhet menas i det här sammanhanget att känna sig osäker i utredningen av en patient, dvs en sorts diagnostisk osäkerhet eller ett "skav" där man är osäker om man gör rätt/skulle ha gjort något mer/något annorlunda.

Medicinsk osäkerhet infinner sig FÖRE man har upptäckt ett misstag eller en felbehandling, det är alltså inte dessa situationer vi pratar om idag.

Medicinsk osäkerhet kan infinna sig fastän handläggningen är korrekt och fastän man i efterhand ser att allt blev bra.

2. Inledande fråga: Hur hanterar ni medicinsk osäkerhet?

3. Övriga frågor att använda under diskussionen:

- Hur hanterar du situationer där du känner osäkerhet?
- Kan du beskriva några olika sätt som du använder för att hantera medicinsk osäkerhet?
- Hur hanterar du påverkan på fritiden?

Närhälsan

Närhälsan FoU primärvård FoU-centrum Göteborg och Södra Bohuslän,
Kungsgatan 12, 41119 Göteborg

Hemsida: narhalsan.se/om-narhalsan/for-vardgivare/FoU-primarvard/fou-centrum2/fou-centrum-goteborg-och-sodra-bohuslan/