
LIS1-leger og medisinsk usikkerhet – en kvalitativ studie

ORIGINALARTIKKEL

EIRIK HUGAAS OFSTAD

eirikofstad@gmail.com

Medisinsk klinikk

Nordlandssykehuset

og

Institutt for samfunnsmedisin

UiT Norges arktiske universitet

Forfatterbidrag: idé, analyse av materialet og skriving av artikkelen.

Eirik Hugaas Ofstad er ph.d., spesialist i akutt- og mottaksmedisin og i generell indremedisin, avdelingsoverlege i akuttmottak og observasjonspost og førsteamanuensis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KAROLINE ASDAL

UiT Norges arktiske universitet

Karoline Asdal er sjettedeårs medisinstudent.

Forfatterbidrag: analyse av materialet og skriving av artikkelen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BRUNO NIGHTINGALE

Akershus universitetssykehus

Forfatterbidrag: analyse av materialet og skriving av artikkelen.

Bruno Nightingale er spesialist og overlege i psykiatri.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PAUL K. HAN

National Cancer Institute

Bethesda, Maryland

Forfatterbidrag: idé, analyse av materialet og skriving av artikkelen.

Paul K. Han er spesialist i indremedisin og i palliativ medisin og forsker.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TRINE AMMENTORP GREGERSEN

Center for Forskning i Patientkommunikation

Syddansk Universitet, Odense

Forfatterbidrag: analyse av materialet og skriving av artikkelen.

Trine Ammentorp Gregersen er ph.d. og postdoktor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PÅL GULBRANDSEN

Institutt for klinisk medisin

Universitetet i Oslo, Campus Ahus

og

Akershus universitetssykehus, HØKH

Forfatterbidrag: idé, kvalitative intervjuer, analyse av materialet og skriving av artikkelen.

Pål Gulbrandsen er ph.d., lege, professor og seniorforsker.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Hvordan norske leger håndterer medisinsk usikkerhet, er lite studert. Formålet med studien var å undersøke hvordan leger i spesialisering del 1 (LIS1-leger) opplever og håndterer usikkerhet i en klinisk hverdag.

MATERIALE OG METODER

Ti LIS1-leger ved to sykehus ble rekruttert til intervjuer etter svarmønstreanalyse fra et kartleggende spørreskjema. Intervjuene ble analysert med systematisk tekstkondensering.

RESULTATER

Analysen avdekket tre hovedtemaer i intervjuene: håndtering av medisinsk usikkerhet, personlig respons på medisinsk usikkerhet samt arbeidsmiljø, tilbakemeldinger og forberedelse. Innen alle de tre tematiske områdene brukte informantene ordene sikker/usikker og trygg/utrygg om hverandre.

FORTOLKNING

LIS1-legene strevde med medisinenes iboende usikkerhet og kjente på en betydelig utrygghet, spesielt i starten av tjenesten. Mottakelsen og tilbakemeldingene legene fikk på arbeidsplassen var viktige. Den medisinske utdannelsen hadde i liten grad forberedt LIS1-legene på møtet med medisinsk usikkerhet i en klinisk hverdag.

Hovedfunn

Leger i spesialisering del 1 opplevde stor grad av medisinsk usikkerhet og brukte begrepene sikker/usikker og trygg/utrygg om hverandre.

Utrygghet ble omtalt sammen med følelser som skam, utilstrekkelighet og bekymring for å skille seg ut med negativt fortegn.

Forbedringspotensialet i arbeidsmiljø, tilbakemeldinger og forberedelse ble beskrevet som betydelig.

Usikkerhet er et uunngåelig aspekt ved medisinen og oppstår i mange ulike situasjoner (1). Usikkerhet skyldes manglende kunnskap og bevissthet om dette. Denne bevisstheten gir opphav til emosjonelle, kognitive og atferdsmessige responser hos helsepersonell og pasienter (2). Vanlige reaksjoner på usikkerhet er frykt, engstelse, beslutningsvegring og en følelse av sårbarhet (3).

I møte med pasienter økes kunnskapsmengden gjennom samtale om sykehistorie, kliniske undersøkelser og tester. I en kvalitativ studie med 22 leger med ulik erfaring kaller Han og medarbeidere prosessen for uvitenhetsfokusert respons på usikkerhet, en informasjonssøking for å redusere eller «kurere» usikkerhet (4). Det finnes også til enhver tid usikkerhet som ikke lar seg redusere. Det dreier seg om *kjente ukjente* variabler – det vi vet at vi ikke vet. Samtidig er det alltid mulig at det eksisterer *ukjente ukjente* – det vi ikke vet at vi ikke vet (5).

Norske legers opplevelse og håndtering av medisinsk usikkerhet er lite studert. En gruppe man kan anta har mye å fortelle om temaet, er de ferskeste legene: leger i spesialisering del 1, i det følgende omtalt som LIS1-leger og tidligere kalt turnusleger.

LIS1-leger har tradisjonelt bemannet norske akuttmottak, med varierende grad av supervisjon og beslutningsstøtte. Statens helsetilsyn kom i 2008 med skarp kritikk av mangelen på ledelse og styring i akuttmottakene og var bekymret for forsvarligheten i pasientbehandlingen (6). Hensynet til pasientenes sikkerhet var en bidragende faktor til at Norge i mars 2019 fikk en ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin (7). Men hva med sikkerheten til våre LIS1-leger? En norsk studie viste at tilstedeværelse av akuttlege gjorde at de mindre erfarne legene rapporterte økt trygghet i sin arbeidssituasjon i akuttmottaket (8). Fortsatt etterlyses bedre arbeidsvilkår for LIS1-leger i norske akuttmottak (9), og LIS1-legers perspektiver på medisinsk usikkerhet burde være av stor interesse.

Formålet med denne studien var gjennom kvalitative intervjuer å undersøke hvordan LIS1-leger opplever og håndterer usikkerhet i medisinen.

Materiale og metode

71 nye LIS1-leger ved Akershus universitetssykehus og Nordlandssykehuset ble i februar 2018 invitert til å være med i en pilotstudie om usikkerhet i medisinen. Studien var todelt og besto av et spørreskjema med 30 spørsmål om toleranse for usikkerhet og et kvalitativt intervju. Av de 65 som deltok i spørreundersøkelsen, samtykket 48 til å bli kontaktet for et kvalitativt intervju.

Basert på svarene fra spørreskjemaundersøkelsen ved Akershus universitetssykehus ($n = 42$) ble det gjort en hierarkisk klyngeanalyse av svarmønstre. Seks grupper av leger med innbyrdes lignende svarmønstre ble identifisert. Én lege i hver gruppe ble invitert til kvalitativt intervju. Med ønske om tilsvarende spredning blant intervjuobjekter også ved Nordlandssykehuset ble fire leger som hadde samtykket til intervju, invitert derfra. Disse fire ble kontaktet på e-post eller sms, samtykket og ble inkludert.

Seks informanter var kvinner, og åtte informanter var utdannet i Norge (alle fire universiteter var representert). Før LIS1-tjenesten hadde LIS1-legene i gjennomsnitt ni måneders arbeidserfaring med legelicens (0–23 måneder). Vi følte oss derfor trygge på at vi hadde et representativt utvalg med henblikk på variasjon i kjønn, sykehusstørrelse, utdanningssted og arbeidserfaring, og den personlige diversiteten var tilstrekkelig til at vi ville få et rikt datamateriale.

Kvalitative intervjuer ble gjennomført etter en semistrukturert intervjuguide med ti spørsmål (se appendiks). Studien tok med hensikt ikke utgangspunkt i en forhåndsbestemt definisjon av medisinsk usikkerhet, og intervjuguiden startet med følgende to spørsmål: 1) Når jeg sier usikkerhet i klinisk praksis, hva er dine første tanker om det? 2) Når du tenker på usikkerhet, hva er din mening om hva det er?

Ved Akershus universitetssykehus ble intervjuene gjennomført 8–9 måneder ut i LIS1-året på sykehus av PG, som legene ikke hadde møtt siden introduksjonsuken. Ved Nordlandssykehuset ble intervjuene gjennomført etter 9–10 måneder inn i sykehusåret av en legeutdannet forskningsassistent med trening i kvalitative intervjuer. Årsaken til det var at studiens lokale leder (EHO) var avdelingsoverlege i akuttmottaket, og vi ønsket at intervjuobjektene skulle kunne snakke fritt til en intervjuer de ikke hadde en klinisk arbeidsrelasjon med. Intervjuene varte i 15–60 minutter, og de fleste var på 30–45 minutter. Intervjuene ble transkribert ord for ord og også oversatt til engelsk for at PKH skulle kunne delta i analysene.

Et initialt kjerneteam av BN, PG og EHO brukte først en detaljert amerikansk kodebok fra en tilsvarende studie på alle utsagn i intervjuene (4), noe som skjerpet vår oppmerksomhet for nyanser i tolkninger og klassifiseringer knyttet til engelsk og norsk. På grunn av endringer i arbeidssituasjon måtte vi senere sette sammen et nytt kjerneteam bestående av EHO, KA og PG. Vi bestemte oss

for å tilnærme oss materialet på nytt og valgte systematisk tekstkondensering som metode (10). Kjerneteamets analyser ble presentert for og diskutert med BN, TG og PKH i flere runder.

Studien ble vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, prosjektnummer 59292) i 2018 samt personvernombudene ved Akershus universitetssykehus og Nordlandssykehuset.

Resultater

På de to første åpne spørsmålene om hva informantene la i begrepet usikkerhet og usikkerhet i klinisk praksis, responderte syv av de ti LIS1-legene umiddelbart med å fortelle om egen usikkerhet og egne erfaringer, mens tre snakket om usikkerhet på et mer generelt nivå. Legene i den førstnevnte gruppen fortalte om redsel for å gjøre feil, frykt for å ikke være faglig sterk nok, tanker om hva man har gjort riktig, tvil på egen kunnskap og egne avgjørelser samt bekymring for hvordan det har gått med pasienter. De andre tre informantene snakket blant annet om at det er mye usikkerhet i medisinen, at man må godta usikkerhet og om diagnostikk og undersøkelser.

Under arbeidet ble vi oppmerksomme på informantenes omfattende bruk av ordene *usikker/sikker* og *utrygg/trygg* og at ordene ble brukt om hverandre. Vi fant at dette var gjennomgående i alle tre hovedtemaene for intervjuene, og denne observasjonen ga oss en dypere forståelse i analysen av LIS1-legenes opplevelser.

Gjennom analysen landet vi på tre hovedtemaer knyttet til LIS1-legenes arbeidssituasjon. Det første temaet handlet om hvordan LIS1-leger der og da håndterte den medisinske usikkerheten de ble eksponert for. Det andre temaet var hvordan legene reagerte på og ble påvirket av medisinsk usikkerhet, i situasjonen og retrospektivt. Det siste temaet handlet om viktigheten av hvordan legene ble tatt imot og inkludert på de ulike avdelingene samt hvordan medisinstudiet hadde forberedt dem på LIS1-tjeneste.

Håndtering av usikkerhet

Når LIS1-legene snakket om hvordan de håndterte usikkerhet i klinisk praksis, fortalte de overveiende om hvordan de handlet i møtet med den enkelte pasient, oftest en pasient innlagt i akuttmodtaket. Den umiddelbare responsen i møte med usikkerhet var ifølge flere å søke informasjon i tilgjengelig litteratur (på nett, i metodebøker eller annet) eller å spørre en kollega, enten bakvakt, andre LIS1-leger eller sykepleiere:

«Hvis det er noe som er litt alvorlig så tilkaller jeg jo hjelp. Men hvis det er noe som er litt banalt, så går jeg jo og sjekker fakta og hva jeg egentlig kan gjøre her og nå.» (Lege 1)

Selv om LIS1-legene forsøkte å minimere usikkerhet og utrygghet ved å samle informasjon, ønsket flere å fjerne siste rest av tvil gjennom å få støtte fra kollegaer:

«Jeg prøver egentlig å være forberedt, lese meg opp eller snakke med folk ... I praksis så blir det vel ofte til at jeg spør mye, heller en gang mer enn kanskje mindre. Jeg er nok ... jeg liker veldig godt å vite at jeg har dekning og er trygg på at det jeg gjør er greit.» (Lege 2)

Å forsøke å minimere usikkerhet og utrygghet gjennom å spørre ble beskrevet som svært viktig for noen av LIS1-legene. De var fast bestemt på å tåle skammen ved å eventuelt spørre for mye for å være sikre på at pasienten var trygg:

«Ja, kanskje litt mye ... har jeg tenkt på noen ganger ... at det hadde ... ja, at jeg er blitt litt mer effektiv av å stole litt mer på meg selv når jeg tenker at det er nok sikkert riktig. Og så får jeg en trang til å bare dobbeltsjekke ... Jeg tenker jo at jeg har et stort ansvar da overfor pasientene man faktisk er kanskje den eneste som ser, i hvert fall i starten. Og at den ansvarsfølelsen er såpass stor at da vil jeg heller virke litt dum og bli litt flau enn å være usikker på at jeg har gjort noe riktig eller feil.» (Lege 10)

Dialog med overordnet lege, oftest referert til som bakvakt, var noe LIS1-legene generelt omtalte som en stor trygghet. Men dialogen med bakvakt kunne også være en krevende balansegang mellom det å bli utfordret og det å få beslutningsstøtte:

«Det er veldig sann tveegget akkurat det der, for noen LIS2 er veldig flinke til å la deg tenke selv og lar deg prøve deg litt, mens noen LIS2 gir deg klare beskjeder før du får rukket å tenke. Da blir du ikke usikker, da blir du en sann maskin som bare gjør den jobben som LIS2-en har sagt du skal gjøre. Men hvis du får mulighet til å tenke selv, så har du rom for å bli usikker. Jeg tenker jo at det å være usikker er jo litt sunt også, det er jo ikke bare dritt.» (Lege 1)

I samtale om problemstillingene i akuttmottaket ga flere av LIS1-legene uttrykk for at de tilnærmet seg pasientenes symptompresentasjoner som et problem med en fasit:

«Hvis du får utelukket det farligste, så har man litt mer tid til å tenke seg om. Og eksempelvis hvis bakvakten opererer og du ikke vet, så gjør nå det du kan i mellomtiden for å utelukke at det er noe farlig. Og om du ikke har svaret da, så kan det liksom vente til de er ferdige å operere da og kommer med fasit.» (Lege 3)

Etter samtale med og undersøkelse av pasienten, mens svar på undersøkelser tikker inn, nærmer pasientforløpet i akuttmottaket seg en beslutning om tentativ diagnose og en videre plan for pasienten. LIS1-legene uttrykte at dette gjerne var den mest krevende delen av prosessen:

«Sånn i begynnelsen så tror jeg egentlig jeg ble ganske passiv. Og det har jeg på en måte jobbet veldig med, at det kommer det jo i hvert fall ikke noe godt ut av. Så jeg har egentlig jobbet med å bli mer systematisk og tenke at hvis man jobber litt systematisk, så gjør man i hvert fall ikke ... Jeg holdt på si at det verste du kan gjøre, det er å ikke gjøre noen ting liksom. Og det har jeg funnet ut at hjelper.» (Lege 4)

Personlig respons

På spørsmål om hvordan legene reagerte på usikkerhet, varierte svarene, men de fleste LIS1-legene snakket mye om at de kjente på usikkerhet og at det påvirket dem emosjonelt:

«Jeg blir fysisk dårlig. Jeg kjenner jeg får altså typisk sånn aktivert hjertebank, klump i magen, hele den pakka der. Tid om annen så lurte jeg på om jeg har gjort noe dumt, om jeg skulle være lege. Fordi det er så krevende å kjenne på den usikkerheten.» (Lege 2)

Ikke bare ble det stilt spørsmål ved karrierevalget, men også ved om man greide å håndtere arbeidsoppgavene.

«Nei, man blir redd, man føler seg liten og dum og ukompetent og lite viktig og mister liksom følelsen av at du har din plass i mottaket eller hvor du nå er da. At nå må noen andre komme og ordne opp her som egentlig kan dette her ...» (Lege 1)

Noen ble også berørt under selve intervjuet:

«Ja, nei det er alltid sånn der ... visse vurderinger og mye man må ta hensyn til og ... åh, nå kjenner jeg at jeg ble skikkelig stresset når jeg tenker på det.» (Lege 4)

LIS1-legene snakket mye om frykt for at noe kunne gå galt på grunn av dem.

«Redsel for å gjøre en feil, en stor feil. Jeg tror det er liksom med en gang, uansett hvor enkel pasienten er så tenker du med en gang hva er feilen jeg kan gjøre her.» (Lege 8)

Mange bekymret seg også for hva andre på jobben måtte tenke om dem.

«Frykten for konfrontasjonen, frykten for kjeft eller ... at det vokser seg mye større egentlig enn det viser seg å bli hvis det kommer dit hen at jeg får en tilbakemelding om at dette her var kanskje ikke bra nok eller prøv å gjøre det sånn neste gang.» (Lege 2)

LIS1-leger sammenlignet seg ofte med de andre legene:

«Man har jo en tendens til å sammenligne veldig med alle rundt seg. Andre kolleger og tenke sånn at jeg burde jo gjøre en like god jobb.» (Lege 7)

En bekymring som sto sentralt for mange, var eget arbeidstempo:

«I hvert fall på den ene avdelingen så lå jo mye av ansvaret på turnuslegen om å liksom få unna inntektene. Og da hvis man er en som er litt treig, så synes det på en måte veldig fort. Og det tenkte jeg nok litt for mye på i starten, at jeg liksom var litt bekymret for at folk skulle se at det tok lang tid og ...» (Lege 9)

Flere av LIS1-legene fortalte om en positiv utvikling i løpet av sine første måneder i sykehusturnus og at de i større grad turte å vise usikkerhet:

«Og at jeg er blitt mer åpen for å spørre der jeg er usikker. Og kanskje også formidle det til pasientene altså. Jeg tror at kanskje i starten så var jeg litt mer redd for å si til pasienten at ... eller at man kanskje har den sperren om at man ikke skal vise usikkerhet.» (Lege 6)

Noen LIS1-leger snakket mindre om egen usikkerhet og emosjoner som usikkerhet kan fremprovosere. De syntes å ha avfunnet seg med sin rolle og uttrykte tillit til systemet de var en del av:

«Og så føler jeg ofte at diagnostikken og ... det føler ligger litt et hakk over meg som turnuslege igjen da, så det tenker jeg egentlig ikke så mye på, for det ansvaret har på en måte ikke ... ligger ikke på meg ennå, føler jeg. Sånn at det bekymrer meg ikke så mye. Jeg tenker mer på hvordan det går med dem (pasientene) og gjorde vi det riktige og ...» (Lege 9)

Flere anga at opplevelsen av usikkerhet var utløsende for å be om hjelp og at det var en trygghet å være en del av et system hvor man alltid har noen man kan spørre:

«Eller at andre ganger så kjenner man mer sånn at jeg synes det kjennes trygt ut å være usikker fordi man skal være usikker og man har god grunn til å spørre noen andre.» (Lege 7)

De fleste LIS1-legene snakket om en personlig utvikling i løpet av sykehusturnusen og at de i økende grad fikk tillit til egen kompetanse og egne begrensninger:

«Jeg tror at jeg er blitt tryggere, både på egne avgjørelser og på at det er greit å bruke litt tid på noen pasienter.» (Lege 9)

LIS1-legene fortalte mye om hvilke følelser de tok med seg hjem fra jobb. De brukte mye tid på å gruble og tenke gjennom pasientene de hadde møtt og beslutningene som ble tatt:

«Jeg trodde ikke at det skulle være sånn egentlig, men jeg tar det veldig mye med meg hjem. Selv når jeg ikke tror at jeg har gjort en feil, så tenker jeg at jeg har kanskje gjort det.» (Lege 8)

Også her var det en positiv utvikling å spore hos flere etter noen måneder i sykehusturnus:

«Og så blir man stadig litt mer selvsikker for hver pasient man har hatt hvor man tenker ok, ja men det gikk jo bra, det var riktig av meg. Så det er vel en sånn ... Så det er vel ikke noe feil ved verken det jeg har lært eller mer forhåpentligvis.» (Lege 4)

Arbeidsmiljø, tilbakemeldinger og forberedelser

LIS1-legene snakket mye om hvordan de hadde blitt tatt imot på ulike avdelinger og i akuttmottaket. De som hadde opplevd trygge rammer og tett supervisjon i starten, satte stor pris på det:

«Første uken min på post så var hun LIS-legen (LIS2) som jeg var med ... hun dobbeltsjekket alt jeg gjorde. Det var jeg veldig takknemlig for, for jeg fikk jo mye gode tilbakemeldinger, sånn husk dette, gjør sånn på den måten her og sånn.» (Lege 8)

Men det var også eksempler på det motsatte:

«Jeg er blitt kastet ut av tre rom på poliklinikken fordi at det er ikke noe rom for meg å ta inn elektive pasienter. Og så når jeg har stusset på noe, så hadde jeg ingen å ringe. Og jeg har jo ikke noen lister, jeg vet ikke hvem jeg skal ringe. Og som sagt så har jeg ikke telefon. Og den telefonen på kontoret funka heller ikke der hvor jeg satt. Så i går så følte jeg meg rimelig utrygg. Det var en skikkelig drittdag på jobb.» (Lege 8)

Lav terskel for å kunne stille spørsmål ble trukket fram som svært positivt:

«Og det hjelper veldig at mange av de man kanskje ikke har møtt på før starter med å si at jeg blir bekymret hvis du ikke spør, og legger terskelen ganske lavt da for at man skal spørre.» (Lege 10)

LIS1-legene uttrykte en sult på tilbakemeldinger fra sine kollegaer:

«Jeg tror og jeg hører folk si at jeg gjør en ganske ok jobb. Og når jeg får tilbakemeldinger om ting jeg kan forbedre, så tenker jeg sånn ja, ja, det var jo egentlig fint å få tilbakemelding om det, for da kan jeg prøve å gjøre det sånn neste gang. Det er jo lite av dem føler jeg, at de få jeg får ... det gjelder jo ikke bare meg men ... de få man får er så viktige da.» (Lege 2)

LIS1-legene fortalte om en kultur hvor de få tilbakemeldingene som gis, ofte er av negativ karakter, mens godt arbeid sjelden anerkjennes.

«Det er veldig mange ganger ... altså vi får veldig, veldig, veldig lite tilbakemeldinger. En hører bare ting hvis det er feil. Da får du en gul lapp om at her skulle du ha gjort det annerledes eller at du får presisert på møtet at, ja, men hvorfor har du ikke gjort de tingene. Du får aldri beskjed hvis du har gjort noe riktig. Det er noen som sikkert er blitt litt flinkere til å si sånn bra jobba når du går hjem fra vakt, som en sånn automatikk. Og det er jo fint i seg selv. Men ... ja, det er veldig, veldig lite positive tilbakemeldinger i legemiljøet.» (Lege 1)

Flere LIS1-leger gikk langt i å si at utdannelsen deres ikke hadde forberedt dem godt nok på arbeidshverdagen som møtte dem:

«Nei, jeg tror egentlig ikke det. Det er jo litt sånn at det er ganske stor overgang fra å gå fra studiet til å begynne å jobbe, at det kanskje kunne ... at man kunne prøve å formidle det litt mer i løpet av studietiden. Man har kanskje prøvd på diverse måter da, men jeg følte ... og jeg har diskutert det med andre også, at det er litt sjokk når man først kommer ut ... Og da ville jeg jo egentlig tro at man på en måte var nesten litt mer forberedt på å jobbe på et sykehus hvor man har vært hele studietiden.» (Lege 10)

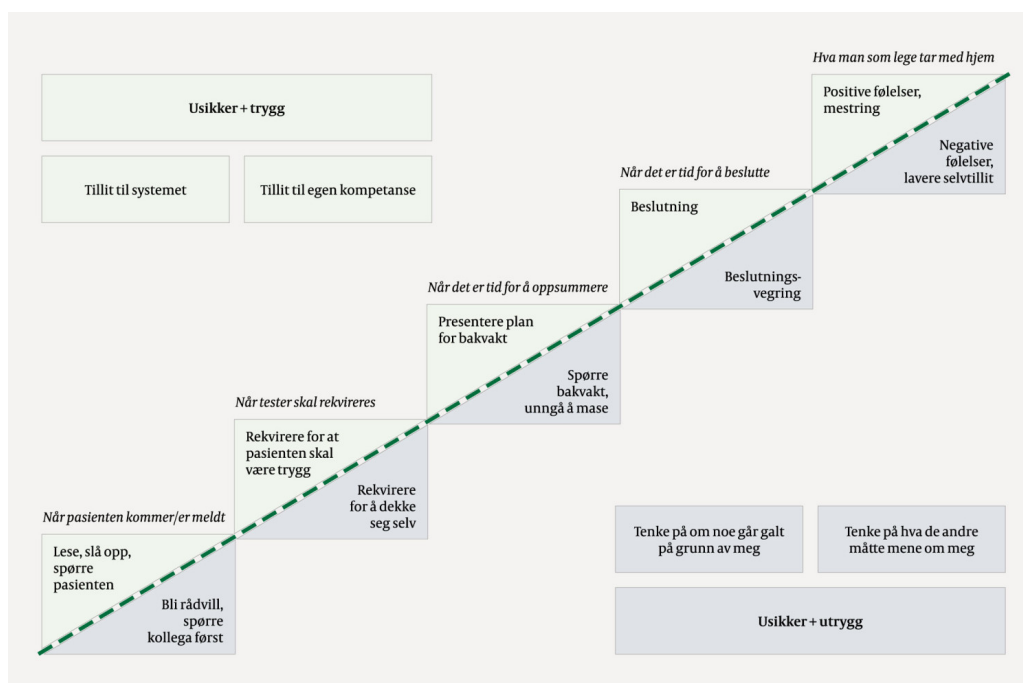
En LIS1-lege avsluttet intervjuet slik:

«... Jeg synes det er flott, at dette her med usikkerhet blir faktisk adressert, og unge leger får noen verktøy til å mestre usikkerhet. Mye av dette her må vi finne ut av oss selv.» (Lege 5)

Usikkerhet, trygghet og utrygghet som rammeverk

Vi fant betydelige forskjeller mellom informantene i håndtering og respons på usikkerhet, avhengig av om de følte trygghet eller utrygghet. Flere av legene beskrev tydelig endring i løpet av den korte tiden de hadde arbeidet i sykehus, og noen beskrev seg selv som trygg i noen situasjoner og utrygg i andre.

Figur 1 visualiserer sentrale elementer i vår analyse som avhenger av om LIS1-legene opplevde trygghet eller utrygghet mens de var usikre, både generelt (rektangler) og i prosessen hvor de hadde ansvaret for en pasient (trekanter). I midten av figuren, skrått fra bunn til topp, går en stiplet linje, som uttrykk for at den er permeabel og at LIS1-leger fra situasjon til situasjon kunne bevege seg over eller under den stiplede linjen.



Figur 1 Usikkerhet, trygghet og utrygghet som rammeverk, generelt (rektangler) og når legen har ansvaret for en pasient (trekanter). LIS1-leger beveger seg fra situasjon til situasjon over (de føler seg trygge) eller under (de føler seg utrygge) den stiplede linjen.

Diskusjon

Tidligere forsøk på å beskrive usikkerhet i medisinsk praksis har handlet om kilder til usikkerhet, hvordan usikkerhet affiserer pasienter og leger, samt de emosjonelle og atferdsmessige konsekvensene av usikkerhet (1–4). I våre intervjuer ble ordene usikkerhet/sikkerhet og utrygghet/trygghet ofte brukt om hverandre. Det kan tyde på at de intervjuede LIS1-legene ikke skilte tydelig mellom medisinsk usikkerhet og hva usikkerheten gjør med dem.

I videre arbeid med usikkerhet i medisinsk praksis tror vi det kan være nyttig å gjøre en tydelig distinksjon mellom *usikkerhet* som et kognitivt fenomen og *utrygghet* som den emosjonelle reaksjonen usikkerhet kan gi. Det er minst to gode grunner til dette. Legenes trivsel, ve og vel er den ene. Forholdet til pasientene er den andre. Når leger skal informere om usikkerhet knyttet til diagnoser og behandlingsalternativer, er det avgjørende at legen skaper trygghet rundt usikkerhet. Det er vanskelig hvis legen ikke selv er trygg. I en eksperimentell studie fra Nederland fant man at ikke-verbale uttrykk for usikkerhet (*uncertainty*) reduserte pasienters tillit til legen, mens verbale uttrykk for usikkerhet ikke gjorde det (11).

Han og medarbeideres inndeling av strategier i møte med medisinsk usikkerhet har overførbarhet til de nyutdannede legene i vårt materiale, med en primært «kurativ» tilnærming til usikkerhet og ønske om å redusere uvitenhet (4). De reflekterer i mindre grad over og benytter strategier som kan «lindre» og gjøre usikkerheten til å leve med. Informantene i vår studie beskrev følelser som skam, utilstrekkelighet og en stadig bekymring for å skille seg ut med negativt fortegn. LIS1-tjenestens fremste målsetning bør være å gi legene opplevelsen av

å være i et trygt læringsmiljø. For å få til det trengs det økt bevissthet og systematiske endringer i grunnutdanningen og i arbeidsmiljøene legene kommer til.

Informantene snakket mye om betydningen av arbeidsmiljøet de opplevde, hvordan de ble tatt imot og graden av supervisjon og tilbakemeldinger. Medisinsk usikkerhet i seg selv kan være overveldende for en nyutdannet lege. Vår studie tyder på at trygge rammer kan hjelpe i en arbeidssituasjon hvor usikkerhet alltid vil være en faktor. LIS1-tjenesten har siden den erstattet turnustjenesten i 2017 ikke blitt nasjonalt evaluert, men det gjøres evalueringer på regionalt foretaksnivå som er unndratt offentligheten. Legeforeningens siste nasjonale evaluering av turnustjenesten viste – når man så på gjennomsnittssvar fra alle sykehus – at avdelingstjeneste i både kirurgi, indremedisin og psykiatri fikk svært god evaluering, mens supervisjon og veiledning skåret vesentlig lavere (12). Som et ledd i ny spesialistutdanning har læringsmål i felles kompetansemodul gitt helseforetakene krav om et betydelig løft innenfor blant annet veiledning, supervisjon og kommunikasjon (13), men dette er ikke nasjonalt koordinert.

LIS1-legene i vår studie ga uttrykk for at medisinstudiet i altfor liten grad hadde forberedt dem godt nok på hva som ville møte dem i LIS1-tjenesten. Studien tyder på at medisinstudenter trenger mer og tidligere pasientkontakt, etterfulgt av mer pasientansvar og dermed mer eksponering for usikkerhet – under tett supervisjon. Å ta i bruk flere desentrale læringsarenaer og gjennom simulering sette studenter i tilnærmet reelle situasjoner hvor de må beslutte under usikkerhet (14), vil kunne øke nyutdannede legers opplevelse av å være forberedt til LIS1-tjenesten.

Funnene i en kvalitativ studie basert på intervju av ti leger fra to sykehus kan ikke generaliseres til å gjelde øvrige LIS1-leger i landet. Studiens styrke er imidlertid at man gjennom svarmønstreanalyse av etablerte spørreskjemaer om toleranse for usikkerhet fikk et bredt spekter av informanter og at intervjuguiden tidligere er brukt i en studie av amerikanske leger (4). I senere forskning foreslår vi at man benytter spørreskjemaer kombinert med deltakende observasjon og refleksjonsintervjuer, som ikke er gjort tidligere.

Konklusjon

LIS1-leger i studien strevde ikke bare med medisinsens iboende usikkerhet, men kjente også på en betydelig utrygghet, spesielt i starten av tjenesten. Mottakelsen og tilbakemeldingene i arbeidsmiljøet opplevdes som viktig, og informantene fortalte om en praksisforberedende utdanning som i liten grad hadde forberedt dem på å håndtere usikkerhet i medisinen.

Takk til statistiker Jūratė Šaltytė Benth ved Universitetet i Oslo for svarmønstreanalysen.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Han PKJ, Babrow A, Hillen MA et al. Uncertainty in health care: Towards a more systematic program of research. *Patient Educ Couns* 2019; 102: 1756–66. [PubMed][CrossRef]
2. Han PK, Klein WM, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Making* 2011; 31: 828–38. [PubMed][CrossRef]
3. Hillen MA, Gutheil CM, Strout TD et al. Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Soc Sci Med* 2017; 180: 62–75. [PubMed][CrossRef]
4. Han PKJ, Strout TD, Gutheil C et al. How Physicians Manage Medical Uncertainty: A Qualitative Study and Conceptual Taxonomy. *Med Decis Making* 2021; 41: 275–91. [PubMed][CrossRef]
5. Djulbegovic B, Hozo I, Greenland S. Uncertainty in clinical medicine. I: Woods J, Gabbay DM, red. *Handbook of The Philosophy of Science: Philosophy of Medicine*. San Diego: North Holland, 2011: 299–356.
6. "Mens vi venter..." – forsvarlig pasientbehandling i akuttmedisinen? Oslo: Statens helsetilsyn, 2008.
7. Kongsvik L. Ny spesialistkompetanse i akutt og mottaksmedisin. <https://tidsskriftet.no/2019/10/aktuelt-i-foreningen/ny-spesialistkompetanse-i-akutt-og-mottaksmedisin> Lest 26.4.2023.
8. Ofstad EH, Stoknes BD, Dale J et al. Effekter av økt legefaglig kompetanse i akuttmedisin. *Dansk Tidsskr for Akuttmisjon* 2021; 4: 3–9. [CrossRef]
9. Schei V. En turnusleges bønn om bedre arbeidsvilkår. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0269. [CrossRef]
10. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012; 40: 795–805. [PubMed][CrossRef]
11. Blanch-Hartigan D, van Eeden M, Verdam MGE et al. Effects of communication about uncertainty and oncologist gender on the physician-patient relationship. *Patient Educ Couns* 2019; 102: 1613–20. [PubMed][CrossRef]
12. Birkeli CN. Nasjonal evaluering av turnustjeneste for leger 2015. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/ea5f46eb1dc7453d91502248df658427/turnusevaluering-enderlig.pdf> Lest 26.4.2023.
13. Gulbrandsen P, Hyldmo I, Fossum IS et al. En effektiv og trygg vei til bedre spesialistutdanning i sykehus? *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.19.0639. [PubMed][CrossRef]
14. Olsen IP, Lillebo B, Ofstad EH et al. Tid for å utdanne flere leger desentralt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0367.

Publisert: 29. mai 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0428

Mottatt 14.6.2022, første revisjon innsendt 19.1.2023, godkjent 12.4.2023.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 22. mars 2026.