
Viktigst av alt er å tenke

PETTER GJERSVIK

petter.gjersvik@tidsskriftet.no

Petter Gjersvik er medisinsk redaktør i Tidsskriftet og professor emeritus ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Noen ganger gir diagnose og behandlingsvalg seg selv. Oftere kreves nysgjerrighet, resonnement og vurderingsevne.



Foto: Sturlason

Diagnoser stilles på grunnlag av hva pasienten forteller og hva legen finner ved klinisk undersøkelse og supplerende undersøkelser. Noen ganger fremstår diagnosen som opplagt: En erfaren lege vil kjenne igjen et mønster som passer med en viss sykdom. Andre ganger – kanskje langt flere ganger – er det ikke opplagt hva pasienten lider av. Da må man ta utgangspunkt i viktige symptomer og funn og sette i gang et resonnement og målrettede prøver som kan lede frem til en mer eller mindre sikker diagnose.

Disse to måtene å tenke diagnoser på passer godt med det den nobelprisvinnende psykologen Daniel Kahneman kaller system 1 og system 2 (1). Ifølge denne teorien tenker vi mennesker med to systemer: System 1 virker automatisk og hurtig, basert på kunnskap og erfaring, mens system 2 er basert på konsentrasjon, virker mye langsommere og er mer krevende. Begge systemene har sine styrker og svakheter. Kahnemans bok *Tenke, fort og langsomt* er mye lest og ble anmeldt i Tidsskriftet for noen år siden (2).

Å stille diagnoser raskt kan være både trygt, effektivt og tidsbesparende i mange situasjoner. Men slik system 1-tenkning er også opphavet til mange feilvurderinger, fordi alle – også leger – har en tilbøyelighet til å overse opplysninger og funn som ikke passer med deres første konklusjon (1, 3, 4). Når noe skurrer med anamnese eller funn, er det viktig å stoppe opp og tenke. Da er det viktig å lytte nøye til og ha tillit til pasienten. Det er det som må til, når man står i en vanskelig klinisk situasjon der man ikke helt vet hva man skal gjøre. Det er mer krevende og tar mer tid, men gir mindre risiko for feil.

System 1-tenkning må ikke forveksles med gjetting. Diagnostikk må aldri bli en gjettekonkurranse. Som mangeårig lærer i medisinstudiet har jeg dessverre opplevd altfor mange ganger at studenter *gjetter* når de blir bedt om å komme med sin diagnostiske vurdering av en pasient de nettopp har undersøkt (5). Er de påvirket av undervisningsverktøy der raske svar premieres? Er de formet av eksamensoppgaver med forhåndsformulerte svaralternativer (6) der de har erfart at det å gjette feil har få eller ingen negative konsekvenser?

«Systematiske oversiktsartikler og metaanalyser kan hjelpe, men ofte er det mer tenkning og mindre beslutningsvegring som skal til»

Ved valg av utredning og behandling kan klinikere ha retningslinjer fra ulike kilder å støtte seg til. Retningslinjer skal sikre at flest mulig pasienter får den behandlingen de har krav på og bidra til at leger holder seg faglig oppdatert. Behandlingsalgoritmer har vist seg nyttig i mange kliniske situasjoner. Men retningslinjer og algoritmer er ofte basert på data på gruppenivå og vil ikke alltid ta høyde for individuelle forskjeller (7, 8). Sosiale og andre forutsetninger og personlige preferanser vil variere. Da må legen kunne lytte og vurdere og kanskje avvike fra retningslinjene. Kort sagt: tenke.

Tenkning, resonnement og sannsynlighetsteori er viktig både i klinisk praksis og i medisinsk forskning (9). Kvantitativ forskning er basert på tall, og i klinisk forskning teller man antall pasienter, gir en veldefinert behandling og måler effekter og bieffekter. Hvilken behandling som er best i en randomisert klinisk studie, er likevel ikke alltid opplagt. Ulike leger og pasienter kan vurdere resultatene ulikt. Andre studier kan gi avvikende resultater, og studiene kan

være gjort på lite representative grupper, for eksempel kun menn, ingen over 70 år og ingen med tilleggsykdommer. Studier må alltid settes inn i en sammenheng. Tallene må tolkes. Valg av behandling kan (også) være rene verdivalg, der personlige preferanser og verdier vil være avgjørende.

Ved å gjennomføre en studie kan forskere sannsynliggjøre eller forkaste en forhåndsformulert hypotese. Men få studier vil gi Det endelige svaret, og en originalartikkel vil ofte ende med den klassiske frasen: Vi trenger flere studier – *more research is needed*. Men er det alltid slik? Når det allerede foreligger utallige studier om et aktuelt forskningsspørsmål, er det kanskje ikke flere studier som trengs. Systematiske oversiktsartikler og metaanalyser kan hjelpe, men ofte er det mer tenkning og mindre beslutningsvegring som skal til. Jakten på den perfekte evidens kan hindre at man gjør det riktige. Som Trisha Greenhalgh, en kjent forkjemper av evidensbasert medisin, sa det i diskusjonen om munnbind mot koronasmitte: Det vi trenger er ikke mer forskning, men mer tenkning – *what we need is more thinking* (10).

REFERENCES

1. Kahneman D. Tenke, fort og langsomt. Oslo: Pax forlag, 2012.
2. Frich J. Tenkningens feilbarlige maskineri. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1742. [CrossRef]
3. Schiff GD, Hasan O, Kim S et al. Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. Arch Intern Med 2009; 169: 1881–7. [PubMed][CrossRef]
4. Michel JB. Thinking fast and slow in medicine. Proc Bayl Univ Med Cent 2019; 33: 123–5. [PubMed][CrossRef]
5. Gjersvik P. Du skal ikke gjette. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0069. [PubMed][CrossRef]
6. Raaheim OF, Raaheim DF, Reikvam H et al. Eksamensformer i de norske medisinstudiene. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0337. [PubMed][CrossRef]
7. Allen D, Harkins KJ. Too much guidance? Lancet 2005; 365: 1768. [PubMed][CrossRef]
8. Elwyn G, Wieringa S, Greenhalgh T. Clinical encounters in the post-guidelines era. BMJ 2016; 353: i3200. [PubMed][CrossRef]
9. Brakeland B. En kliniker og en bayesianer. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1468–70. [CrossRef]
10. Shell ER. The United Kingdom's mask crusader. Science 2020; 370: 276–7. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 12. oktober 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0598

