Vi törstar efter kunskap men

Jag har sedan många år en strategi för att överleva i informationsfloden som strömmar över allmänläkare. Den är att inte ta emot läkemedelsreklam utan använda tiden till att läsa allmänmedicinsk litteratur och artiklar.

Samhällsmedicinska institutionen i Malmö har i flera år gett distriktsläkare i Malmö möjlighet att beställa artiklar ur flera internationella allmänmedicinska tidskrifter. En gång i månaden får vi innehållsförteckningarna från tidskrifterna, kan markera vilka artiklar vi är intresserade av och får dem i kopia några veckor senare.

Jag bygger min prioritering på antagandet att det som allmänläkare i andra länder, som kommit längre i sin allmänmedicinska vetenskap, väljer att rapportera om till andra allmänläkare, borde ha en större relevans för mig än det läkemedelsindustrin väljer ut åt mig. Det har gett mig många aha-upplevelser och användbara lärdomar.

Trots denna prioritering såg jag att högarna av olästa papper växte på mitt skrivbord. Ambitionerna var större än möjligheterna och tiden. Varje gång jag varit på kurs för att lära mig mer, blev högarna ännu större!

Därför blev jag lycklig när jag fann en artikel i BMJ 1993 med rubriken »The knowledge disease. Knowledge is luggage; it is best to travel light» [1].

Budskapet var att vår koncentration på kunskaper har fått oss att negligera andra lärdomar, t ex förmågor som utvecklas praktiskt under handledning – praktikerkunskap.

Nästa befriande upplevelse kom när jag läste en artikel »Becoming a medical information master: Feeling good about not knowing everything» [2]. Där presenteras en strategi för att välja ändamålsenlig information.

Jag har också lång erfarenhet av handledarutbildning för läkare, där jag efter möten med närmare 300 läkare har lärt mig hur lätt stora bokliga kunskaper väger gentemot ett medvetet förhållningssätt till kunskap och okunskap.

Dessutom har jag insett hur viktiga väl utvecklade färdigheter och medveten beredskap till etiska ställningstaganden är för att vi ska ha en trygg läkarroll. Och inte minst att ödmjukhet inför andra kunskaper än de medicinska hade gjort många läkare mer framgångsrika i patientarbetet.

Ett problem för läkare, speciellt allmänläkare, är att vi överöses med information från många håll. Samtidigt känner vi oss ofta okunniga och saknar kunskaper som är användbara i det praktiska patientarbetet.

Vår frustration i denna situation gör oss lättpåverkade för bl a skickliga representanter för läkemedelsindustrin. Det är lätt att underblåsa vår känsla av okunnighet för att på så sätt effektivare nå fram med ett budskap.

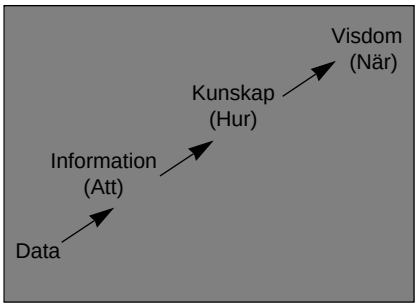
Sociologen Bo Eneroth beskriver i en intervju hur socialsekreterarens och allmänläkarens verkligheter liknar varandra [3]. Vi kan aldrig säga »det är inte vårt bord» eller »det hör inte hit». Allt hör hit. Alla andra yrkesgrupper kan säga nej till vissa personer eller problem och anse dem icke behandlingsbara, och på så sätt upprätthålla bilden av att deras metoder och kunskaper fungerar.

Allmänläkaren Carl Edvard Rudebeck uttrycker samma sak när han hävdar att allmänläkare har svårt att formulera sin kompetens [5]. Mycket är erfarenhetskunskap och improvisationer. Att kunna improvisera är kompetensen.

Dessutom krävs att man har tillräckligt med kunskaper och färdigheter inom många områden, att man har beredskap för det oväntade och ovanliga. Vidare krävs förmågan att se samband och sammanhang och att kunna det som är vanligt bland våra patienter.

Allt detta gör allmänläkaren speciellt utsatt för informationsångest. Samtidigt är det inte unikt för vår specialitet inom läkarkåren utan finns hos alla läkare och inom många yrkesgrupper i vårt informationssamhälle.

Hur vet vi då om vi har informationsångest? I sin bok »Information anxiety. What to do when information doesn't tell you what you need to know» beskriver Richard Saul Wurman, amerikansk arkitekt och informationsexpert, hur informationsexplosionen har baktänt och lämnat oss



Figur 1. Kunskapsstegen.

strandsatta med enbart fakta och ingen äkta förståelse [3].

Idag massproducerar vi information på samma sätt som vi producerar bilar. Ett exempel på detta är att ett vardagsnummer av New York Times innehåller mer information än en genomsnittsmänniska på 1700-talet i England kunde räkna med att stöta på under hela sin livstid. Mängden information fördubblas vart femte år!

Den ständigt ökande mängden av information som kräver att bli förstådd ger de flesta av oss ångest. Den uppstår när informationen inte säger oss det vi vill eller behöver kunna. Vi oroas också av det faktum att källorna till informationen ofta kontrolleras av andra eller att andra förväntar sig att vi ska ta emot informationen.

Wurman presenterar i boken ett sätt att hantera detta och föreslår en checklista som kan användas för den som vill ta reda på om man lider av tillståndet. I modifierad form för läkare ser den ut så här:

– Jag har ständigt dåligt samvete för att jag inte hinner läsa Läkartidningen, Nordisk Medicin, Scand J Prim Health Care, osv.
– Jag talar ofta om att jag inte kan hålla jämn takt med allt jag borde läsa och kurser jag borde gå.
– Högen av olästa tidskrifter kastar en allt längre slagskugga på mitt skrivbord.
– Jag upplever allt oftare att jag inte kan förklara något som jag trodde jag förstod.
– Jag låtsas allt oftare att jag läst en bok som jag aldrig hört talas om.
– Jag tror att minga kolleger förstår mer än jag gör.
– Jag är rädd att säga »jag vet inte».

drunknar i information!

– Jag fyller alltid i alla enkäter som kommer i min hand.
– Jag kallar allt jag inte förstår för information.

Jag tror att den sista punkten är speciellt riskabel eftersom det leder till att jag *accepterar* att jag inte förstår. För allmänläkare handlar kanske »förstå» mer om »att vara ändamålsenlig/användbar i praktiken».

Kunskapsmassan inom medicinen växer med en enorm hastighet. Vi har förmodligen dåliga förutsättningar och bristfällig träning i att bedöma vilken klinisk relevans denna information har. Hur lär vi oss vilken medicinsk information vi kan bortse ifrån och vilken vi har användning för på ett patientorienterat sätt?

David C Slawson [2] beskriver ett vardagligt patientfall: En 58-årig man vill som hälsokontroll ta ett PSA. Jag vet att urologerna säger ok, men jag har just läst en artikel som avråder från screening. Vad är sanningen? Har min patient det bäst med eller utan PSA? Om jag tar provet tar jag samtidigt ett snabbt steg från för lite information till för mycket information, ett vanligt dilemma för en allmänläkare.

Slawson definierar detta som »informationsångest», den frustration som inträder när vi har en stor mängd information, men den inte säger oss vad vi behöver veta. Information är *inte* kunskap. Kunskap kommer när vi kan tolka informationen.

I detta fall har vi *data* som t ex säger att 37/112 män med PSA>4 har prostatacancer. Vi kan också säga att det positiva prediktiva värdet av att screena för prostatacancer med PSA är 33 procent. Då har vi förvandlat data till *information.*

Men vi vill veta om män som kontrollerar PSA har mindre risk att dö i prostatacancer. Det är *kunskap.* Fast egentligen vill vi veta om just denne man kommer att få bättre livskvalitet av att just nu ta ett PSA. Detta kan vi kalla *visdom* (Figur 1).

Slawson menar dels att den medicinska informationsfloden kan vara farlig, dels att läkare behöver en metod för att hitta användbar kunskap. Han anger också att för att hålla sig undan »informationsorkanen» skulle man behöva läsa 6 000 artiklar varje dag!

Ett annat problem är att vi inte inkorporerar kunskapen i vår praxis. Det är ofta så att innovationer inom medicinen inte accepteras förrän någon »opinionsledare» tagit dem till sig.

De flesta kliniker försöker rädda sig ur den här knipan genom att vända sig till andra kunskapskällor än medicinska artiklar. Läroböcker, kolleger, översiktsartiklar, läkemedelsreklam…. Fördelarna är att man vinner tid.

Nackdelarna är att t ex läroböcker ofta är inaktuella, att kollegerna inte vet mer än man själv och att översiktsartiklarna saknar djup eller relevans. Läkemedelsreklamen har uppenbara begränsningar.

Hur hittar vi då som läkare och särskilt som allmänläkare en väg som är en kompromiss? En kompromiss mellan att låta andra hjälpa oss och att själva processa oss fram i informationsfloden till kunskapen? Och på så kort tid som möjligt?

Slawsons metod är att definiera användbar medicinsk information som den information som är relevant för praxis och samtidigt valid – samt innebär så lite arbete som möjligt:

$$\text{Användbar medicinsk information} = \frac{\text{relevant för praxis} \times \text{valid (korrekt)}}{\text{arbete}}$$

Det är lätt att glömma bort målet – att hjälpa patienten till ett så långt och bra liv som möjligt. Detta hjälper oss att avgöra relevansen.

Han kallar denna typ av medicinsk information för POEM = Patient Oriented Evidence that Matters. En studie som skulle ge sådan kunskap vore en studie som visade att män som kontrollerade PSA fick en bättre livskvalitet *och* ett längre liv.

Dock är studier som t ex bara visar att PSA-kontroller leder till ökad upptäckt av prostatacancer eller att mortaliteten minskar, mycket vanligare. Detta kallar han DOE = Disease Oriented Evidence.

Ett annat exempel på DOE är att drogen A sänker kolesterol och i bästa

KRÖNIKÖR
ELISABETH JAENSON
distriktsläkare, Sorgenfrimottagningen, Malmö.

”Idag massproducerar vi information på samma sätt som vi producerar bilar. Ett exempel på detta är att ett vardagsnummer av New York Times innehåller mer information än en genomsnittsmänniska på 1700-talet i England kunde räkna med att stöta på under hela sin livstid.”

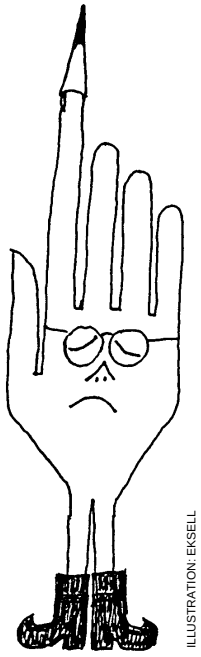


ILLUSTRATION: EKSELL

fall att den sänker den kardiovaskulära dödligheten. POEM är det först när det kan visas att A medför sänkt *total dödlighet*.

Sedan handlar det förstås också om problemets vanlighet i praxis. Mest relevant information finns att hämta i POEM-studier av vanligt förekommande problem. Här finns möjligheter att förändra praxis. Däremot kan t ex studier över nya farmaka visa att dessa är onödiga, dyra eller ger biverkningar när de appliceras i klinisk verklighet.

Slawson har senare utvecklat sin metod, bl a genom att försöka påverka läkemedelsrepresentanterna att bara referera POEMs.

Slawson avslutar med en tillspetsad formulering: Feeling good about not knowing everything. Det är att tillåta sig lyxen att ignorera eller avvisa DOE-information, något som kan göra under för att *stärka självkänslan och öka fritiden* utan att medföra dåligt samvete! Det innebär dock ett ansvar för att söka, utvärdera och implementera ny information som berör patienter – POEMs!

Hur ska vi då kunna besluta i fallet PSA? Vi kan bara inse att tillgänglig information är ofullständig, och att det inte finns något rätt beslut. Antingen kan vi dela denna information med patienterna och ta med deras synpunkter i beslutet eller välja en inriktning och vara öppna för nödvändigheten av att ändra riktning när bättre POEM-information finns tillgänglig.

Läkare, speciellt allmänläkare, behöver utveckla strategier för att motverka informationsångesten. Vi måste också lära oss att acceptera okunnigheten. När vi erkänner att vi inte kan, har vi större chans att ställa de frågor som gör att vi får möjlighet att lära oss rätt saker.

Vi måste då också finna strategier för att finna ändamålsenlig kunskap, grundad i våra patienters behov. Vår önskan att sätta gränser för informationsflödet får ju inte resultera i något slags kunskapsnihilism eller självgodhet.

Som Wurman [3] uttrycker det: Om vi i stället för att dölja vår okunskap kunde finna njutning i den och inspiration att lära ur den, skulle det inte finnas någon informationsångest!

Också enligt Wurman måste strategin innehålla:

– ett sätt att överföra information till kunskap,
– ett sätt att förbättra förmågan att extrahera innebörden i och tolka information,
– att hitta en personlig väg till förståelse,
– att uppnå ett tillstånd där jag känner att jag »äger» den information jag behöver,
– att kunna skilja det tillämpbara från det överflödiga,
– att hitta ett ändamålsenligt sätt att organisera den information jag behöver.

Jag tycker att jag kommit en bit på den väg Wurman anvisar. Jag letar information ur källor jag litar på. Framförallt prioriterar jag POEM framför DOE. Jag har vidare lärt mig att värdera min praktikerkunskap. Jag har också börjat kunna formulera min kompetens som allmänläkare.

Utifrån vardagssituationer, dvs mina patienters behov, kan jag säga: »Det här kan jag.» Därefter, men först när jag kunnat säga det, bör jag formulera det jag inte är bra på/inte kan. Sedan gäller det att söka informationen, tolka den och i lämpliga fall tillämpa den.

Det är då jag känner mig otillräcklig och behöver hjälp. Letar jag på rätt vägar? Letar jag bara i ljuset under gatlyktan? Tolkar jag rätt?

Jag tror inte att Internet eller annat datormedium är till någon större hjälp. Genom svårigheterna att hitta och sortera ökas snarare riskerna för informationsångest.

Pappersmediet har den stora fördelen framför datormediet att det tillåter *reflektion.* Och det behöver vi idag, såväl som tidigare. Det är ju t ex inte en tillfällighet att det måste gå två riksdagsperioder mellan beslut om grundlagsändring!

Här behöver vi läkare hjälpa varann. Vi behöver våra FQ-grupper, våra specialitetsföreningar, institutionerna och FoU-enheterna, men också Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och SBU. Vi behöver »data appraisers», dvs informationskonsulter (framtidsyrket?) som kan orientera oss och hjälpa oss med urvalet och valideringen.

Referenser

1. Hills G. The knowledge disease. Knowledge is luggage; it is best to travel light. BMJ 1993; 307: 1578.
2. Slawson DE, Shaughnessy AF, Bennet JH. Becoming a medical information master: feeling good about not knowing everything. The Journal of Family Practice 1994; 38: 505-13.
3. Wurman RS. Information anxiety. What to do when information doesn't tell you what you need to know. New York, Bantam Books, 1989.
4. Josefsson C. Den professionelle improvisatören. SSR-tidningen 21/1995.
5. Rudebeck CE. Den allmänmedicinska kompetensen. Föredrag vid specialistexamen i allmänmedicin i Norrköping 1996.



MISSÖDEN MISSTAG MISSBRUK

i sjukvården

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994–95 publicerade Läkartidningen 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkringen. De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 75 kronor. Vid 11–50 ex 67 kronor, vid högre upplagor 63 kronor/exemplar.

– – – – – – – – – – – – – – – –

Beställer härmed

..... ex Missöden, Misstag, Missbruk

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen, Box 5603,114 86 Stockholm

Märk kuvertet »Missöden» Telefax 08-20 76 19