

## Den diagnostiske proces

Månedsskrift for praktisk lægegering Apr 2003; 81: Side 527-527

Array, af Flemming Bro. Forfatteren er praktiserende læge, dr.med. og professor i almen medicin ved Syddansk Universitet i Odense.

*Diagnoser er mentale konstruktioner. Kapitlet gennemgår den diagnostiske proces og fremhæver grundvilkåret i almen praksis at patienterne almindeligvis ikke fejler noget. Almen praksis er et lavprævalensområde og symptomer har lav prædiktativ værdi eller med andre ord hyppigt ikke er tegn på sygdom. Vi bringer her et kapitel fra den nye lærebog i almenmedicin, som er anmeldt af Jens Aage Stauning (side 540).*

Hvad kan en diagnose bruges til?  
 Hvad er den diagnostiske metode?  
 Hvornår er man sikker nok på diagnosen?  
 Hvordan omsættes viden til handling?  
 Hvad er specielt for den diagnostiske proces i almen praksis?  
 Hvilken indflydelse har patienten på processen?  
 Hvordan påvirker lægens person processen?

*Resumé.* Kernen i den diagnostiske proces er lægens viden og evne til at indhente, fortolke og vurdere information og sætte det ind i nogle bestemte rammer. Processen er afhængig af de ydre rammer for konsultationen, lægens og patientens personligheder og samspillet mellem dem. Lægen skal kende noget til hyppigheden af forskellige sygdomme i relation til symptomer og kende værdien af forskellige test i forbindelse med udredning. Ved bevidst at arbejde med alle elementerne i processen sikrer lægen, at kvaliteten i grundlaget for alt lægearbejde – diagnosen – stilles så kvalificeret som muligt.

### Hvad kan en diagnose bruges til?

Ordet diagnose betyder »at erkende gennem«. Når vi som læger ønsker at stille diagnoser, er det, fordi de opsummerer vores nuværende viden om sygdomme. Ud fra sygehistorien, den kliniske vurdering og supplerende undersøgelser er det muligt at kategorisere de tilstande, vi møder, i overensstemmelse med fælles regler blandt læger. Dermed bliver det muligt systematisk at studere sygdommene og udveksle informationer og erfaringer om, hvorledes de udvikler sig, og hvordan de lader sig behandle. Anvendelsen af diagnoser er dermed først og fremmest et redskab for læger til at kommunikere med andre læger og danne grundlag for den fortsatte udvidelse af vores kollektive viden. På grundlag af den ophobede erfaring, der repræsenteres med en diagnose, bliver lægen i stand til at informere patienten om det forventede forløb med al den usikkerhed, der er forbundet med at overføre tidligere erfaring til konkrete patienter. Med et kendskab til diagnosen bliver det samtidig muligt at fremlægge og drøfte behandlingsmuligheder med patienten. For patienten er det i sig selv vigtigt at få sat navn på, hvad der er galt. Fra at have været noget uforståeligt for patienten bliver tilstanden til noget, hun har tilfælles med andre, og dermed til noget mindre mystisk og skræmmende. Endelig påvirker det også omgivelsernes forventninger og indstilling til patienten, at hun har »fået en diagnose«, og diagnosen kan i nogle tilfælde også give adgang til en række rettigheder. Det er derfor af flere grunde yderst vigtigt, at lægen når frem til en korrekt diagnose, og der er al mulig grund til at forsøge at sikre en så høj kvalitet som muligt af den proces, der leder frem til diagnosen.

### Stop og tænk

- Diagnoser er mentale konstruktioner og dermed dynamiske.
- Hvordan afspejles udviklingen i vores viden om mavesår sig i diagnostik, klassifikation og forståelse af denne tilstand?

### Enten-eller beslutninger

#### SYGEHISTORIE

I telefontiden en morgen fortæller en kvinde dig, at hendes mand Christian Hansen har åndenød. Hun overlader telefonrøret til ham, og han lyder lidt forpustet. Han fortæller, at han har svært ved at få vejret, og at han også har løs hoste.

### Stop og tænk

- Hvad tror du, han fejler?
- Hvad vil du gøre?

Når man som læge sidder ved telefonen, er man typisk i en situation, hvor man skal træffe konkrete

beslutninger om, hvad der skal ske her og nu. Drejer det sig om patienter, der er blevet akut syge, er det første spørgsmål, lægen stiller sig selv, derfor: »Er det livstruende eller ej?« Afhængigt af svaret afgør lægen, om der skal sendes en ambulance af sted eller ej. Det er kun sjældent tilfældet, og herefter skal det besluttet, om tilstanden kræver lægelig undersøgelse eller ej. Gør den det, skal det vurderes, om patienten kan transporteres til lægen, eller lægen bør besøge patienten. Ovenstående beslutninger repræsenterer dikotome vurderinger med »enten-eller« problematik, som blev behandlet mere indgående i kapitel 4 om konsultationsformer i almen praksis. Lægen forsøger ved vurderingen af patienten gennem telefonen at afklare, om patienten er alvorligt syg og kræver akut behandling eller ej. Faren for at overse en truende tilstand er hele tiden til stede, og det medfører, at lægen især er interesseret i oplysninger, der kan udelukke, at det er tilfældet. Lægens umiddelbare opgave er i denne situation at sikre sig, at der ikke findes tegn på akut behandlingskrævende sygdom. Derfor vil lægen fokusere på de tegn, hvor et fravær med stor sandsynlighed taler imod, at patienten er alvorligt syg. I Tabel 5.1 svarer det til, at der er få falsk negative (C) i forhold til alle negative fund (C + D). Taler patienten i sygehistorien således helt normalt uden at lyde spor forpustet i telefonen, er der meget ringe sandsynlighed for, at det drejer sig om en akut behandlingskrævende tilstand.

	Sygdom til stede	Sygdom fraværende	Total
Test positiv	A (sandt positiv)	B (falsk positiv)	A+B
Test negativ	C (falsk negativ)	D (sandt negativ)	C+D
Total	A + C	B + D	
Sensitivitet: $A/(A + C)$			
Specificitet: $D/(B + D)$			
Prædiktiv værdi af positiv test: $A/(A + B)$			
Prædiktiv værdi af negativ test: $D/(C + D)$			

Tabel 5.1. Mulige resultater af en test i forhold til, om patienten har en bestemt sygdom eller ej.

## Straks-diagnoser

Ud over at søge at udelukke alvorlige tilstande kan lægen lede efter tegn, der umiddelbart giver diagnosen. Det gælder i de situationer, hvor det billede, patienten præsenterer, er så iøjnefaldende og genkendeligt, at diagnosen er umiddelbart klar. Er Christian Hansens åndenød således opstået i forbindelse med hurtig vejrtrækning, har han en fornemmelse af ikke at kunne trække vejret helt igennem, og er der snurren i fingerspidserne, taler det meget kraftigt for, at det drejer sig om hyperventilation.

Når diagnosen i nogle tilfælde ligger lige for, skyldes det, at symptomerne og fundene med stor sikkerhed taler for en bestemt diagnose (få falsk positive svar:  $B/(A + B)$  er lille).

## Diagnoser, der skal udelukkes

### SYGEHISTORIE FORTSAT

Tre uger efter telefonkontakten: På computerskærmen er der i dagsplanen kl. 10.00 afsat 15 minutter til Christian Hansen, 120527 – 0019, hoste. Et opslag i journalen fortæller dig, at han blev sat i behandling for lungebetændelse med penicillin i syv dage. Ved konsultationen fortæller Christian Hansen, at feberen er væk, men han er fortsat meget træt og hoster en del, men der kommer ikke mere op, end der plejer. Han er bekymret, fordi det er anden gang i løbet af to måneder, at han har lungebetændelse.

## Stop og tænk

- Hvad vil du mere spørge om?
- Hvilke undersøgelser vil du selv foretage?
- Vil du bestille undersøgelser andre steder?

Når Christian Hansen kommer i konsultationen, er situationen anderledes end i telefonen. Det er nu ikke længere tilstrækkeligt for lægen at foretage dikotome opdelinger. Nu skal lægen gerne finde mere præcist ud af, hvad patienten fejler. Straks-diagnoser er sjældne, og det er derfor oftest nødvendigt at gå videre i den diagnostiske proces.

I telefonkonsultationen med Christian Hansen skulle der træffes nogle enkle, men afgørende valg, og den diagnostiske proces var afgrænset til at skulle udelukke, at der var tale om en »livstruende tilstand«.

I mange andre kliniske situationer er hovedformålet tilsvarende at udelukke bestemte diagnoser. Eksempler herpå er patienter, der frygter, at de har kræft, eller patienter, der er bange for at have fået en seksuelt overført sygdom. Lægen må da som sin primære opgave søge at udelukke den sygdom, patienten er bekymret for at lide af. Det vil som i sygehistorie 1 betyde, at lægen skal lede efter tegn,

der, hvis de ikke er til stede, afkræfter diagnosen (få falsk negative:  $C/(C + D)$  lille).

I tilfældet med frygt for at være smittet med en seksuelt overført sygdom er det relativt simpelt.

Podning for klamydia og evt. for gonorré suppleret med en hiv-test vil med stor sandsynlighed udelukke smitte, om end der altid vil være en lille risiko for, at testen giver et falsk negativt udfald.

Når det drejer sig om at udelukke kræft, er det langt vanskeligere. Drejer det sig fx om lungekræft, vil lav alder og ikkeryger-status tale imod diagnosen, men udelukker den ikke. En normal klinisk undersøgelse reducerer yderligere sandsynligheden for kræft, men hvor langt er det rimeligt at gå i jagten på en mulig kræftsygdom?

## Stop og tænk

- Hvad taler for og imod at foretage en røntgenundersøgelse af thorax hos Christian Hansen?

For visse sygdomme eksisterer der særdeles gode behandlinger, som det er lægens opgave at sikre, at patienten får glæde af. Lægen bør derfor altid have disse diagnoser langt fremme i overvejelserne, så patienterne ikke går glip af potentielt gode behandlinger. Ved en patient med vejrtrækningsproblemer har de fleste læger således en meget lav tærskel for at undersøge, om det kunne skyldes astma, fordi vi har gode muligheder for at behandle denne sygdom.

## Den hypotetisk-deduktive metode

Når en patient præsenterer en læge for en problemstilling, danner lægen med det samme en række hypoteser om, hvilke mulige forklaringer der kan være. Disse muligheder vil være mere eller mindre sandsynlige, og de efterfølgende faser i konsultationen bruges til at indsamle oplysninger, der kan øge eller reducere sandsynlighederne for de dannede hypoteser. Undervejs opstår der måske nye hypoteser hos lægen, som så kræver afklaring gennem indhentning af yderligere oplysninger.

Under uddybningen af anamnesen gennemføres der således en række hypoteseafprøvninger, og når mulighederne for at komme en diagnose nærmere via anamnesen er udtømte, vil lægen gennemføre den kliniske undersøgelse. Lægen fortsætter, mens patienten undersøges, med at afprøve mulige hypoteser – nu også på basis af de kliniske fund – og kommer der nye mulige diagnoser på banen, kan der suppleres med yderligere anamnesticke oplysninger.

Er der efter den objektive undersøgelse ikke opnået tilstrækkelig diagnostisk sikkerhed, må lægen overveje, om supplerende undersøgelser kan hjælpe til at komme diagnosen nærmere, enten ved selv at foretage dem, ved at rekvirere undersøgelser uden for praksis eller evt. ved at henvise patienten. Hele tiden undervejs i denne proces må lægen vurdere, hvad en ny oplysning kan bidrage med i forhold til at afklare diagnosen. Drejer det sig om spørgsmål og simple kliniske undersøgelser, er det begrænset, hvad der kan ske af uheldigt ved at stille overflødige spørgsmål eller lave unødvendige undersøgelser. Den største omkostning er tiden og den risiko, der altid er for at få et falsk positivt svar, som vil forvirre og måske føre på vildspor – en risiko, som øges med antallet af undersøgelser, der udføres.

I andre tilfælde er de potentielle omkostninger ved at søge en diagnostisk afklaring større. Henvielse til sygehus indebærer således altid mulighed for at starte et uhensigtsmæssigt forløb, som den praktiserende læge ikke har kontrol over. I andre tilfælde er selve undersøgelsen, der skal gennemføres, forbundet med gener for patienten, og under alle omstændigheder tager det patientens tid. Lægen må hele tiden vurdere det mulige udbytte i forhold til omkostningerne for patienten.

## Hvornår er man sikker nok på diagnosen?

Samtidig med at vi er blevet mere bevidste om den diagnostiske proces, er vi også blevet mere opmærksomme på den usikkerhed, der eksisterer på ethvert trin i processen fra den initiale præsentation af et symptom til den mest avancerede hospitalsundersøgelse. Når patienter beretter, at lægen »konstaterede« lungebetændelse, er det en sandhed med modifikationer, idet enhver diagnose er forbundet med en sandsynlighed, der aldrig er 100%.

## SYGEHISTORIE FORTSAT

Christian Hansen fik taget et røntgenbillede ved konsultationen, der viste let udvidede lungegrænser og sløring over venstre lungefelt. Røntgenundersøgelsen blev gentaget seks uger senere, og sløringen var da forsvundet. Christian Hansen hostede da, som han plejede, en del slim op om morgenen og havde det også, som han plejede at have det.

I lægeuddannelsen bliver man oftest præsenteret for syge mennesker og får sin kliniske erfaring gennem mødet med dem. Når man præsenteres for den »typiske lungebetændelsespatient«, ser man sygdommens manifestationer hos denne type patient. Man arbejder således med sandsynligheder for, at bestemte symptomer og kliniske fund optræder ved bestemte sygdomme, og man trænes altså implicit i at vurdere sensitivitet ( $A/(A + C)$ ) og specificitet ( $D/(B + D)$ ). I andre tilfælde møder den studerende ligesom den klinisk arbejdende læge patienter, hvor diagnosen er uafklaret, og her optrænes evnen til at vurdere den prædiktive værdi af forskellige tegn og fund for sygdom ( $A/(A + B)$ ) og for fraværet af sygdom ( $D/(C + D)$ ). Men disse prædiktive værdier er helt afhængige af hyppigheden af sygdomme, der typisk vil være meget høj på en specialafdeling, hvor patienterne a

priori oftest er syge og endog ofte har bestemte sygdomme.

Når en læge eller studerende skifter fra én afdeling til en anden eller kommer i praksis, er det derfor nødvendigt, at de justerer deres tolkning af symptomer og kliniske fund. Det er en proces, der kræver omstillingsevne og tid.

For nogle symptomer, kliniske fund og tekniske undersøgelser kender man sensitivitet og specificitet, og med et kendskab til sygdomsprævalensen er man i stand til at beregne de prædiktive værdier, der er klinisk relevante. Men i langt de fleste situationer er vi mere usikre på de prædiktive værdier af bestemte oplysninger. Enten foreligger de undersøgelser, der skulle give os sensitivitet og specificitet ikke, eller de er lavet under forhold, som ikke ligner de forhold, vi møder patienten under. Eller vi kender ikke prævalensen af sygdommen blandt de patienter, der skal diagnosticeres, og kan dermed ikke vurdere de prædiktive værdier af henholdsvis et positivt og et negativt resultat.

Trods mangelfuld viden og vanskeligheder med at applicere denne viden på den enkelte patient er det ikke desto mindre det, vi konstant gør i den kliniske hverdag. Ved at øge vores kendskab om de diagnostiske metoder, vi benytter os af, forbedrer vi hele tiden vores grundlag for at foretage vurderingerne og indsnævrer dermed den usikkerhed, der er en del af vores dagligdag.

Hvor stor en usikkerhed man kan acceptere, afhænger først og fremmest af tilstandens karakter og de diagnostiske overvejelser. Man ønsker stor sikkerhed for at udelukke alvorlig sygdom og konstatere tilstedeværelsen af sygdomme, hvor vi har en effektiv behandling. Medfører en bestemt diagnose en omfattende behandling med betydelige omkostninger eller gener for patienten, vil man kræve stor sikkerhed for, at diagnosen er korrekt. Taler alt for, at det drejer sig om en fredelig tilstand, der ikke har stor betydning for patientens ve og vel, er lægen mere tilbageholdende med at iværksætte et større udredningsarbejde.

Men hvor langt man ønsker at gå for at øge den diagnostiske sikkerhed, afhænger også i høj grad af både patientens og lægens personlige accept af usikkerhed. Giver hr. Hansen i eksemplet således selv udtryk for at være bange for at have kræft, sænkes tærsklen for, hvornår lægen vælger at tage et røntgenbillede.

### **Hvordan omsættes viden til handling?**

En del usikkerhed i forhold til at stille diagnoser skyldes slet og ret, at vores – lægernes – kendskab til sygdomme og deres manifestationer er mangelfuldt. Men en del af usikkerheden skyldes også, at den viden, vi har, ikke kommer patienterne til gode. Den eneste måde, den kollektive viden kan komme den enkelte patient til gode, er gennem mødet med lægen, men det er selvsagt begrænset, hvad den enkelte læge kan rumme af viden. Det er derfor en af de væsentligste opgaver for den lægevidenskabelige verden at gøre væsentlig klinisk viden let tilgængelig. Det sker ved at syntetisere den tilgængelige viden, uddrage de praktiske konsekvenser og formidle denne viden til lægerne på en måde, der sikrer, at den omsættes til gavn for patienterne. Dette arbejde er i sin vorden, og udarbejdelsen af retningslinjer for håndteringen af en række kliniske problemstillinger er et skridt på vejen.

### **Stop og tænk**

- Hvilke forhold begrænser værdien af retningslinjer, når du står over for en konkret patient?

Men uanset hvor megen viden, der kan samles i retningslinjer for håndteringen af en bestemt tilstand, er det altid nødvendigt at foretage individuelle vurderinger. Lægens person får dermed stor betydning i fortolkningen og formidlingen af medicinsk information. Lægens vurdering af fordele og ulemper ved de valg, der foretages, og lægens villighed til at acceptere en risiko bliver dermed afgørende for, hvorledes den diagnostiske proces forløber. Lægens vurderinger, hans holdning til inddragelse af patienten i beslutningsprocessen og måden information fremlægges på, spiller derfor en afgørende rolle for patientens mulighed for at vælge.

Som læge er man nødt til at have indsigt i, hvordan man som person indvirker på den diagnostiske proces og må kunne arbejde bevidst med konsultationsprocessen for bedst at kunne hjælpe patienten.

### **Hvad er specielt for den diagnostiske proces i almen praksis?**

Principperne, der styrer den diagnostiske proces, er generelle og gælder i stor udstrækning for lægearbejde på tværs af sektorer i sygehusvæsenet og også i stort omfang på tværs af kulturer. Men sammenligner man arbejdet som læge i almen praksis med hospitalslægens arbejde, er der dog en række forskelle (Tabel 5.2).

	Almen praksis	Hospital
<b>Sygdomspanorama</b>	Mange raske Sygdomshyppigheder lave	Mange syge Sygdomshyppigheder høje
<b>Patienthenvendelse</b>	Tidligt i forløbet Uselekereret – patienten bestemmer	Sent i forløbet Henvist fra anden læge
<b>Fokus</b>	Problemorienteret	Specialespecifikt
<b>Diagnostisk grundlag</b>	Sygehistorien og klinisk undersøgelse rækker ofte	Supplerende undersøgelser oftest nødvendige
<b>Teknologi</b>	Få og simple simple test	Mange og avancerede test
<b>Fremgangsmåde</b>	Trinvis. Bevidst udnyttelse af tiden i den diagnostiske proces	Kortvarig og intensiv
<b>Perspektivet</b>	Mange år – kontinuert forhold	Afgrænset

Tabel 5.2.

Grundvilkåret for arbejdet i almen praksis er, at mange af de mennesker, vi møder, er raske, og at hyppighederne af de enkelte sygdomme er lave sammenlignet med situationen på hospitalet. I forhold til den diagnostiske proces betyder det, at vi ofte skal udelukke sygdom, og at de prædiktive værdier for positiv test bliver langt mindre end på hospitalet, mens den prædiktive værdi af en negativ test er højere i praksis end på hospitalet, da de fleste jo er raske (Tabel 5.3 og 5.4).

	Test positiv	Test negativ	Total
Sygdom til stede	190	10	200
Sygdom fraværende	40	760	800
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>770</b>	<b>1.000</b>
Sensitivitet:		190/200 = 95%	
Specificitet:		760/800 = 95%	
Prædiktiv værdi af positiv test:		190/230 = 83%	
Prædiktiv værdi af negativ test:		760/770 = 99%	

Tabel 5.3. *Sensitivitet, specificitet, prædiktiv værdi af negativ test og prædiktiv værdi af klamydiatest på venerologisk klinik på hospitalet (prævalens 20%).*

	Test positiv	Test negativ	Total
Sygdom til stede	38	2	40
Sygdom fraværende	48	912	960
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>914</b>	<b>1.000</b>
Sensitivitet:		38/40 = 95%	
Specificitet:		912/960 = 95%	
Prædiktiv værdi af positiv test:		38/86 = 44%	
Prædiktiv værdi af negativ test:		912/914 = 99,8%	

Tabel 5.4. *Sensitivitet, specificitet, prædiktiv værdi af negativ test og prædiktiv værdi af klamydiatest i almen praksis (prævalens 4%).*

Anamnesen og dermed konsultationsprocessen spiller en central rolle i almen praksis, og mange diagnoser kan med rimelig sikkerhed stilles på grundlag af patienthistorien, hvorved forstås, at lægen kan agere på grundlag af oplysningerne, og at patienten har tillid til lægens vurdering på dette grundlag. Lægen vil som regel arbejde fokuseret på den aktuelle problemstilling, men har ofte et forhåndskendskab til patienten, der giver mulighed for at sætte den aktuelle situation ind i et længere perspektiv. Den objektive undersøgelse kan ikke alene give værdifulde oplysninger til den diagnostiske proces, men spiller også en vigtig psykologisk rolle i konsultationen. Det må lægen acceptere og udnytte. Selvom man således egentlig ikke mener, at der er grund til at lytte på lungerne ved et lettere forkølet, men i øvrigt rask barn med normal vejrtrækning, bør man alligevel gøre det. Ikke fordi det vil ændre diagnosen »forkølelse«, men fordi det er en del af forventningerne til lægen, og en undladelse

kan underminere lægens troværdighed. Endvidere er den berøring af patienten, der foregår under den objektive undersøgelse, også med til at styrke det terapeutiske bånd mellem læge og patient. Lungestetoskopien tjener også til at give lægen tid til omtanke og til at planlægge det videre forløb af en konsultation. Endelig sker der ofte det, at mens lægen stetoskoperer, fjernes patientens og de pårørendes fokus fra lægen, hvilket kan give lægen oplysninger, der kan bruges i den diagnostiske proces.

Eventuelt suppleret med enkelte lavteknologiske undersøgelser kan den diagnostiske proces ofte afsluttes på dette trin. Selvom det ikke er muligt i første omgang at nå frem til en specifik diagnose, vil det ofte være tilstrækkeligt med rimelig sikkerhed at have udelukket alvorlige tilstande og specifikke sygdomme, patienten kan have haft i tankerne. Der er måske blevet stillet en tentativ diagnose, men man er i almen praksis ofte mere afventende med at stille en præcis diagnose. I stedet udnyttes det, at man har tiden til rådighed og mulighed for at følge udviklingen tæt.

I sygehistorien introducerer lægen en sådan trinvis tilgang, da han aftaler en ny konsultation efter tre uger. En trinvis tilgang anvendes ikke alene til at indhente supplerende oplysninger, også sygdommens naturhistorie får yderligere tid til at udspille sig og hjælper med til at klargøre diagnosen.

Lægens rationelle ønske om at se tiden an stemmer ikke altid overens med patientens forventninger om at få problemet løst her og nu. I den situation er det fristende at »gøre noget«, og det er en væsentlig del af forklaringen på, at det for år tilbage var meget almindeligt, at patienterne forlod konsultationen med en recept i hånden. I dag sker det sjældnere, men i stedet kan lægen »gøre noget« ved at bestille en blodprøve eller henvise til yderligere undersøgelser. Hermed øges imidlertid risikoen for falsk positive fund, der vil lede på vildspor, og patientens forventninger om, at der også ved fremtidige henvendelser skal »gøres noget«, bliver styrket.

For en trinvis afventende diagnostisk strategi taler også, at mange tilstande, der præsenteres i almen praksis, er selvlimiterende. Risikoen ved den trinvise fremgangsmåde er, at der opstår »doctor's delay«: Diagnosen stilles så sent, at patienten lider derved. Udfordringen for almenmedicineren er at afveje disse hensyn.

## Stop og tænk

- Hvad vil det sige at »se tiden an«?
- I hvilke situationer kan man »se tiden an«?

Den fokuserede, hypotetisk deduktive metode er den mest anvendelige i praksis. Men i visse situationer er lægen alligevel bedre tjent med at benytte sig af en induktiv tilgang til problemstillingen, hvilket svarer til den metode, der anvendes ved optagelse af en medicinsk journal. Her indhentes der systematisk oplysninger om en række forhold, inklusive områder, der ikke umiddelbart har relation til den aktuelle problemstilling: dispositioner, allergier, tidligere sygdomme, gennemgang af alle organsystemer osv. Ud fra summen af oplysninger kan lægen så arbejde videre med diagnostikken. Denne fremgangsmåde kan for almenmedicineren være relevant, når der er tale om en ny patient, hvor oplysningerne indgår som stamoplysninger, eller metoden kan anvendes, hvis lægen er gået i stå i den diagnostiske proces og ønsker at udvide sine overvejelser og starte på en frisk.

## Hvilken indflydelse har patienten på den diagnostiske proces?

Det er lægens ansvar at stille diagnoser, men det foregår som alt andet klinisk arbejde sammen med patienten, der altid har mere eller mindre klare forestillinger om, hvad der skal ske hos lægen, og måske endda har specifikke forventninger om, hvilke undersøgelser der skal foretages eller henvises til. At lægen er klar over patientens forventninger, er understreget i kapitel 3, og det gælder, uanset om lægen er enig eller uenig i undersøgelsernes relevans. Som faglig autoritet er det imidlertid lægens privilegium at bestemme, hvilke undersøgelser der skal foretages, men stemmer de ikke overens med patientens forventninger, kræver det en forklaring, hvis ikke patient-læge-forholdet skal lide. Nogle patienter har meget bestemte meninger om, hvad der er galt, og hvad der skal gøres, og i den situation kan lægen nemt komme til at give afkald på sin faglighed ved at føje patienten. Hermed opstår der imidlertid en betydelig risiko for indirekte at svigte patienten, idet det jo er lægens faglighed, der skal sikre, at den rigtige diagnose stilles. Lægen må derfor erkende, at patienten kun har begrænset indsigt i de lægelige vurderinger, der indgår i den diagnostiske proces trods et højt informationsniveau, men han må samtidig tage hensyn til patientens forestillinger og ønsker.

## Hvordan påvirker lægens person den diagnostiske proces?

Rammerne for mødet mellem patient og læge er sat af den måde, vi har organiseret kontakterne med patienter på i almen praksis, og af de diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder, der findes i praksis og i resten af sundhedsvæsenet.

Den diagnostiske proces styres af den viden og de forestillinger, lægen har om sygdommen. Det er meget få kliniske situationer, hvor der kun er én rigtig måde at gennemføre en diagnostisk udredning af et præsenteret problem på. Processen er påvirkelig af en række faktorer, der ligger ud over rent faglige vurderinger, uanset at disse danner kernen i processen.

De fleste læger er særligt interesserede i bestemte faglige områder, mens deres viden på andre er mere begrænset. Da man i den diagnostiske proces kun er i stand til at vurdere diagnostiske

muligheder, man har kendskab til, udgør huller i ens viden en risiko for at overse bestemte diagnoser. Kun ved at lægen selv er opmærksom på disse områder, kan han tage forholdsregler, der kan sikre, at patienten ikke lades diagnostisk i stikken. Føler man sig således usikker, bør det give anledning til, at tærsklen sænkes for, hvornår der henvises til en anden og måske mere kyndig læge.

Omvendt kan også lægens personlige erfaring indvirke uheldigt på den diagnostiske proces ved, at sygdomme, lægen selv har erfaring med, kommer til at veje tungere, end de burde, og således påvirker hans vurderinger af sandsynligheder. Har man én gang oplevet, at man var for længe om at stille en vigtig diagnose, vil man uvilkårligt sænke tærsklen for, hvornår man vil undersøge nærmere herfor hos efterfølgende patienter. Mekanismen er uundgåelig, men ved at erkende, at det sker, kan fænomenet håndteres mere rationelt.

Nogle læger er som personer hurtige til at drage konklusioner, og det vil de også typisk være i den diagnostiske proces. Hermed opstår der en risiko for, at ellers relevante diagnoser udelukkes for tidligt i den diagnostiske proces, før de har været underkastet nøjere granskning. Som læge kan man også bestemme sig for en diagnose for tidligt, hvis man lader sig påvirke for meget af andres vurderinger. Det er tilfældet, når man for let bekræfter patienters egne diagnoseforslag, men det kan også ske, når man skal revurdere en patient. Det sker, fx når en patient henvender sig til den praktiserende læge med samme problem, som han så patienten med i sidste uge. Specielt ved sådanne andengangs henvendelser skal lægen forsøge at viske tavlen ren og være ekstra lydhør over for det, patienten fortæller, og bestræbe sig på at gennemføre den diagnostiske proces med ekstra omhu. Der vil ofte være en god grund til denne type henvendelser. Når man som læge revurderer en patient, som en kollega kort forinden har undersøgt, kræver det en ekstra indsats, for ikke ukritisk at genfinde det, kollegaen fandt, men tværtimod gennemfører undersøgelsen så uhildet som muligt.

Er man som person tilbøjelig til at være stædig, er der en øget risiko for, at man som læge også har svært ved at revidere allerede stillede diagnoser. Omvendt har andre vanskeligere ved at »skære igennem« og vil også have svært ved at stoppe en udredning på et rimeligt tidspunkt. I stedet vil de have en tendens til at fortsætte processen med nye konsultationer og nye undersøgelser.

## **SUPPLERENDE LÆSNING**

Wulff HR, Gøtzsche PC. Rationel klinik – Evidensbaserede, diagnostiske og terapeutiske beslutninger. København: Munksgaards Forlag, 2000.

Silagy C, Haines A. Evidence-based practice in primary care. London: BMJ Books, 2001.

Sackett DL et al. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. London: Churchill Livingstone, 1997.

Hunskår S. Allmenmedisin. Klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 2002.