

The background is a solid teal color. Overlaid on this is a detailed, textured illustration of a human brain in a lighter shade of teal. In the upper right corner, there is a network diagram consisting of numerous small dots connected by thin lines, forming a complex web of triangles and polygons.

God språkskikk i nevrofysiologiske rapporter

Norsk forening for klinisk nevrofysiologi

Forord

Norsk forening for klinisk nevrofysiologi startet i 2023 et prosjekt for å redusere unødig bruk av nevrofysiologiske tester. Et av tiltakene vi satte i gang var å engasjere ordsmed og språkrådgiver Helle Beer Urheim for å analysere rapportspråket vårt og gi anbefalinger om tiltak for å øke nytteverdien av nevrofysiologiske rapporter.

Dette dokumentet inneholder Urheims analyser og anbefalinger, samt noen av intervjuene Urheim gjorde.

Prosjektet vårt «Kloke valg for klinisk nevrofysiologi» har fått støtte fra Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Hilsen Kristian Bernhard Nilsen, leder Norsk forening for klinisk nevrofysiologi
– Oslo oktober 2024



Innhold

Forord	3
Teksten bærer forskjellige verdier	6
Akademisk etos	9
Teknisk etos.....	11
Handlekraftig etos.....	13
Hensynsfull etos	15
Skriv problemstillingen inn i rapporten	16
Skriv en handlekraftig og hjelpsom konklusjon.....	18
Skriv hva du tenker når du tolker og tviler	20
Slapp tilvising i grenseland - Martin Uglem og Morten Engstrøm	22
Heller frigje enn å felle - Anita Herigstad	24
Ein rapport å verte klok av - Silja Torvik Griffiths	26
Marinering og gule lappar - Elen Cathrine Egebakken	27
Velg norsk helsespråk på tvers av spesialiteter	30
La frasene hjelpe deg	32
Gjør det lett å finne frem	34
Reven har alltid to utgangar - Marte Helene Bjørk	36
Ein region for seg - Diana Hristova Berg	38

Teksten bærer forskjellige verdier

Aktuelle spørsmål

Hensikten med undersøkelsen har vært å svare på dette:

- Hva er typisk for den tekstpraksisen som nevrofysiologiske rapporter representerer?
- Hva kjennetegner tekstkulturen blant kliniske nevrofysiologer ulike steder?
- Hvilke dilemmaer eller verdikonflikter kan vi lese ut av dette?

Tekstanalyse er supplert med intervjuer

Om lag 100 nevrofysiologiske rapporter av ulike typer er gjennomgått, og materialet er supplert med en håndfull intervjuer med personer som har erfaring med å skrive og rekvirere nevrofysiologiske rapporter.

Skrivepraksisen er nokså variert. Noe av variasjonen skyldes nok individuelle forskjeller og at sykehusene ikke har de samme tekniske løsningene. Noen forskjeller gjelder den konkrete oppbygningen av rapporten, rekkefølgen på tekstdelene og bruken av tall i tekst og tabeller. Andre forskjeller handler om rolleforståelsen. Det er mulig at sykehusene skriver forskjellig fordi de vekter ulike faglige kjerneverdier litt ulikt. En annen forklaring er at de har funnet sin egen måte å veie hensyn opp mot hverandre eller at det ganske enkelt har etablert seg en skrivevane ut fra tilfeldigheter.

De verdisystemene det er spor av i tekstene og som også har vært tema i noen av intervjuene er

- Akademisk etos
- Teknisk etos
- Handlekraftig etos
- Hensynsfull etos

Akademisk og handlingsrettet etos står i spenn

Verdisettene er enklest å få øye på i rapportenes konklusjoner. Konflikten mellom et akademisk etos og et handlekraftig etos er mest åpenbar og sannsynligvis den viktigste for nevrofysiologiske rapporter. Kanskje fagmiljøet rommer reelle uenigheter om hvor stor nytten av en tydelig klinisk anbefaling er, sammenliknet med tolkninger uten kliniske føringer. Det er også mulig at verdsettingen ikke er så ulik, men at terskelen for

å gi råd varierer fordi risikoviljen eller toleransen for feil eller tvil ikke er den samme hos alle eller på alle sykehus.

Et tema som ikke er tatt opp i denne kartleggingen, men som kan ha noe for seg å drøfte i fagmiljøet, er hvilken verdi skribentene og rekvirentene ser i å dokumentere og diskutere feil på en god måte. Nevrofysiologien har mange funn som både kan være patologiske og normale. Det er altså ofte grunn til å være i tvil.

Helsepersonell i et kunnskapsmiljø som klarer å dyrke åpenhet om daglige feil og fiaskoer som en dyd i yrket har sannsynligvis svært gode forutsetninger for å lære av hverandre gjennom hele karrieren.

Skribentene tilpasser seg rekvirentens ønsker

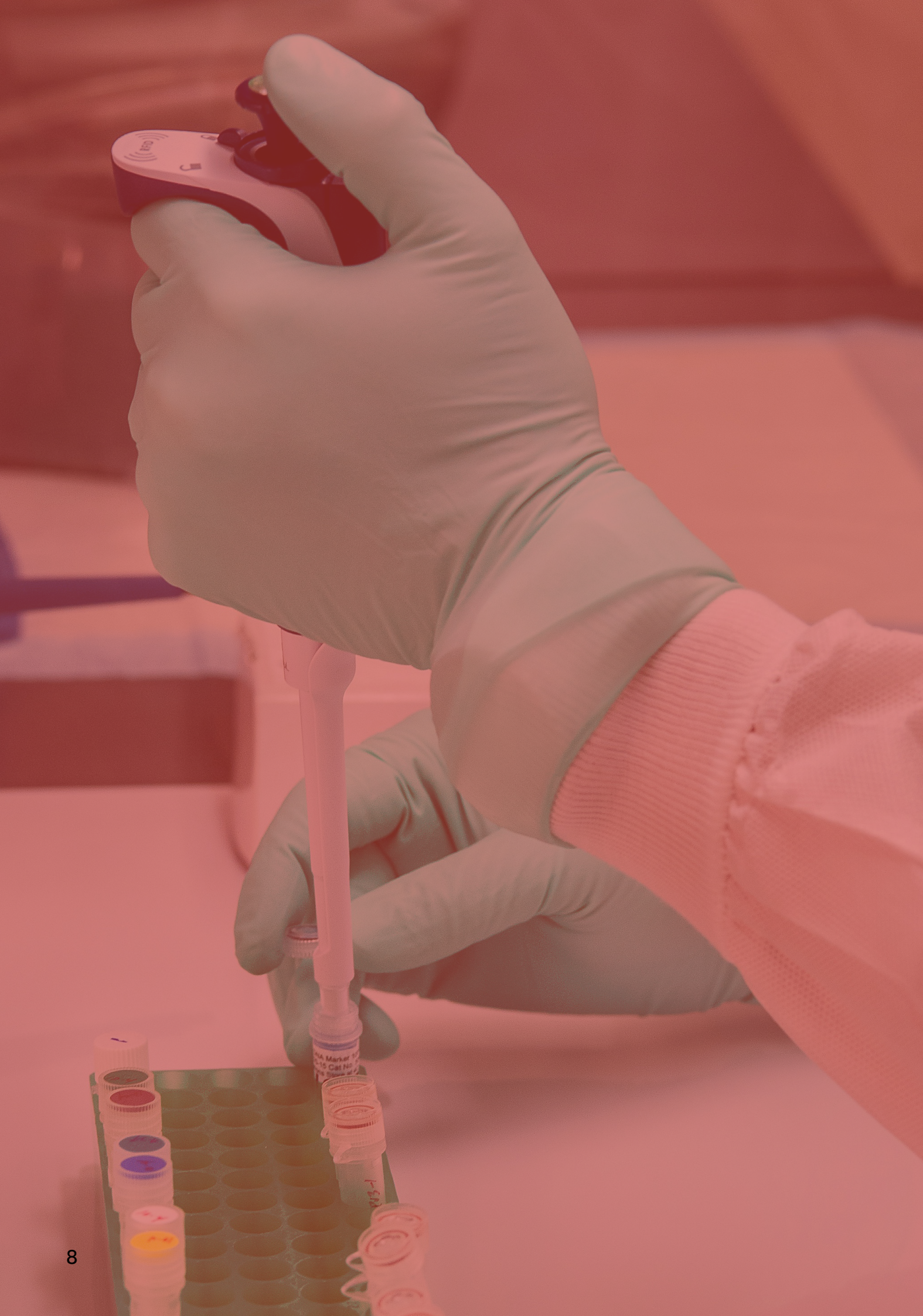
Samtlige skribenter beskriver at tar hensyn til at de som rekvirerer undersøkelsene har ulike faglige forutsetninger og forventinger til rapporten. Det er et stort spenn mellom hva skribentene oppgir at rekvirenten trenger og har nytte av eller verken trenger eller ønsker at skal stå i en rapport. Med tanke på at en nevrofysiologisk rapport er et dokument som, selv om det kanskje bare blir lest en gang av en person, skal kunne fungere som dokumentasjon og senere kunne leses av andre, er dette funnet overraskende.

Det er ingen informanter som har gitt uttrykk for at de er redde for å gjøre feil eller at virksomheten mangler takhøyde. Det er heller ingen informanter som oppgir at det får negative konsekvenser dersom de gir råd eller peker på tolkninger som høyt kompetente rekvirenter ikke har oppgitt at de trenger.

Det kan likevel tenkes at nytteverdien til noen av rapportene ville blitt høyere hvis flere skribenter var overbevist om at

- en konklusjon med retning bygget på en tolkning som viser seg å være feil er minst like verdifull som en ikke-konklusjon
- en konklusjon med retning gir rapporten verdi, selv om det ikke er sikkert at rekvirenten trenger den eller vil ha den

Det er spor av flere verdisystemer i tekstene, og disse verdisystemene kan være nyttig å kjenne igjen og bruke i refleksjon over egne tekster. Under er disse verdisystemene beskrevet med en litt karikert beskrivelse. Alle fire er viktige og hører hjemme i helsevesenet. De har sine styrker og svakheter språklig.



Akademisk etos

Forskere kaster lys over komplekse fenomener. Vi har tillit til at de, som profesjonelle tvilere, river ned gamle selvfølgeligheter og bygger opp nye vitenskapelige modeller når det trengs. Forskere leverer kunnskapsgrunnlag som allmennheten ikke kan vurdere den faglige kvaliteten på. Vi mister tilliten til forskere som kutter svinger, overdriver, eller som slurver med fakta. De akademiske skriveverdiene kan formuleres i tre setninger:

- Stol på tvilen.
- Forenklinger er fordummende.
- Gi innsikt, ikke instruksjoner!

Styrken

Akademisk tekst inviterer leseren til å tenke langs flere spor og danne seg et klarere bilde av årsaker og feilkilder.

- Ydmyk
- Utforskende
- Reflektert

Svakheten

Akademisk tekst tør ikke påvirke leseren åpenlyst, og overlater belastningen med å ta risiko og beslutninger til andre.

- Uklar
- Sprikende
- Passiv



Teknisk etos

Teknikere røker verktøyene, metodene og systemene vi trenger for å opprettholde orden og forutsigbarhet. Vi har tillit til teknikere som følger prosedyrene, er tålmodige og nøyaktige. Teknikere sitter på data som ofte trenger et felles rammeverk for å kunne tolkes. Vi mister tilliten til teknikere som blir oppfinnsomme på en måte som kaster om på normer og sjangre. De tekniske skriveverdiene kan formuleres i tre setninger:

- Dokumenter, ikke spekuler!
- Følg malen, og bruk metoden.
- Alt skal med.

Styrken

Teknisk tekst gir leseren en grundig dokumentasjon på hvilke data som foreligger og hvilke metoder og utstyr som er brukt.

- Nøytral
- Systematisk
- Komplett

Svakheten

Teknisk tekst tilpasser seg ikke til leseren og tar ikke ansvar for hvordan innholdet brukes i ulike situasjoner.

- Likegyldig
- Rigid
- Omstendelig



Handlekraftig etos

Ledere viser vei og motiverer andre å løse samfunnoppdraget med de ressursene som er tilgjengelig. Vi har tillit til at ledere er hjelpsomme og bruker tiden sin smart og effektivt. Ledere har direkte innflytelse på mennesker og ressurser. Vi mister tillit til ledere som skyver ansvaret fra seg når det røyner på eller som ikke lytter til gode rådgivere før de tar beslutninger. De handlekraftige skriveverdiene kan formuleres i tre setninger:

- Ta ansvar, og gi retning!
- Det enkle er ofte det beste.
- Kutt ut eller hopp over det som ikke trengs.

Styrken

Handlekraftig tekst tar sjansen på å argumentere åpenlyst for å styre leseren mot en god beslutning.

- Ansvarsbevisst
- Målrettet
- Lett å forstå

Svakheten

Handlekraftig tekst lar seg ikke moderere av tvil eller innvendinger og åpner ikke for diskusjon.

- Dominerende
- Ensidig
- Overforenklet



Hensynsfull etos

De hensynsfulle kartlegger omgivelsene og tilpasser seg andres agenda. Vi har tillit til at den som skal vise hensyn setter andres behov først, snakker de andres språk og støtter dem. Hensynsfullhet forebygger konflikter og mistenksomhet. Vi synes det er hensynsløst og mister tilliten når noen grupper holdes utenfor eller ikke tas vare på i vanskelige situasjoner.

De hensynsfulle skriveverdiene kan formuleres i tre setninger:

- Bruk fagspråk overfor eksperten.
- Skriv vanlig norsk til pasienten.
- La leseren slippe å tenke på døden i utide.

Styrken

Hensynsfull tekst står til tjeneste og tilbyr skreddersøm til ulike lesere både når det gjelder både form og innhold.

- Skånsom
- Avlastende
- Kortfattet

Svakheten

Hensynsfull tekst lar leserne holde seg i den vante komfortsonen og kan vedlikeholde språklig utenforskap.

- Tilslørende
- Nedlatende
- Kryptisk

Skriv problemstillingen inn i rapporten

Rapporten står best på egne bein når hensikten med undersøkelsen kommer tydelig frem i starten. Noen dokumentsystemer inkluderer henvisningen i den nevrofysiologiske rapporten, men de fleste gjør det ikke. Derfor bør du skrive en kort og klar oppsummering av aktuelle spørsmål.

Når du skriver inn problemstillingen har du samtidig

- formulert din tolkning av hva som er hensikten med undersøkelsen
- satt opp de aktuelle spørsmålene på en måte som hjelper deg i konklusjonen
- vist henvisende lege en ryddig måte å konkretisere deler av henvisningen på

Skriv gjerne eksplisitt hvilke spørsmål som implisitt ligger i den opprinnelige henvisningen. Løser du det med en punktliste, blir det ekstra enkelt for leseren å finne frem.

Somatosensorisk fremkalt respons (SEP)

En pasient har hatt hjertestans og har ligget bevisstløs i uviss tid. HLR har brakt pasienten tilbake til live, men pasienten har siden opplevningen ligget komatøs på livsstøttende behandling.

- Har pasienten god prognose for å overleve?
- Bør man gjøre videre utredning for å eventuelt avslutte livsstøttende behandling?

Eksempel 1

Multipel søvnlatens test (MSLT)

Pasienten har anfall der den plutselig faller om i søvn, og våkner etter kort tid igjen. Dette kommer uanmeldt, men pasient har den siste tiden vært mer søvnig enn vanlig.

- Er det tegn som tyder på narkolepsi?
- Er det tegn som tyder på andre søvnforstyrrelser eller søvnrelaterte lidelser?
- Kan plagene skyldes annen sykdom?

Eksempel 2

Skriv en handlekraftig og hjelpsom konklusjon

Konklusjonen skal først og fremst hjelpe rekvirenten til å foreta kloke valg. I mange tilfeller leter rekvirenten etter konklusjonen og leser *bare* den.

Konklusjonen blir lettest å bruke hvis

- svaret på spørsmålene som er stilt er lette å finne og ikke bakt inn i store avsnitt
- språket er aktivt og klinisk relevant
- den skiller mellom hvilke råd som absolutt bør følges opp og hva som er ment som tips og ideer
- den kutter ut tolkninger som verken svarer på det viktigste spørsmålet eller åpenbart krever oppfølging
- det er skrevet i et alminnelig helsespråk som passer allmennleger

Konklusjon som låser

“Pasienten bør umiddelbart sendes til ... for å få undersøkt ...”

Konklusjon som trekker på skuldrene

“X og Y ... er ikke undersøkt.”

Konklusjon som peker

“Den ansvarlige for behandlingen kan vurdere om også ... bør undersøkes.”

Skriv hva du tenker når du tolker og tviler

En godt opplyst konklusjon, som senere viser seg å skyldes feil tolkning av resultatene, er nyttigere enn ingen tolkning overhodet.

- Gjør rede for den mest sannsynlige tolkningen.
- Den minst sannsynlige tolkningen trengs ikke i konklusjonen.
- Ta et valg, selv når det er vanskelig å konkludere, men si hvorfor du tviler.
- Rekvirenten blir ikke klokere av generelle forbehold, men har mye å lære av din faglige tvil.

Noen funn gir grunn til bekymring og peker kanskje i retning av andre og mer alvorlige diagnoser enn forventet. La gjerne gule lapper i dokumentsystemet markere at det haster, men ikke bruk lapper til å bære den viktigste tolkningen eller den viktigste delen av konklusjonen. Lappene blir ikke bevart, så hvis avveiningene bare finnes der, blir ikke rapporten komplett.

Tåkete om usikkerhet

«Funn ikke åpenbart uforenlig med ...»

Skråsikkert om usikkerhet

«Erfaringsmessig er dette alltid ...»

Klart om usikkerhet

«Dette kan ha flere årsaker, men jeg velger å tolke funnene slik ... fordi»

Slapp tilvising i grenseland

Martin Uglem og Morten Engstrøm

Martin Uglem og Morten Engstrøm, b e MD Phd, er tilsette ved klinisk nevrofysiologisk seksjon på St. Olavs Hospital i Trondheim.

Kva gjer dei for sikre at rapportane kjem til nytte?

Ei presis problemstilling gjev oftast ein betre konklusjon

Uglem tenkjer seg om:

- Eg merkar at det vert enklare å konkludere i rapporten om eg skriv kort kva som er problemstillinga i starten. Men det er ikkje alltid vi gjer det, for det kjem an på kva undersøking det er snakk om.

Engstr m tek ordet:

- Det er vel helst den som skriv tilvisinga, som lyt ta jobben med å spisse problemstillinga, meiner eg. Det kjem inn mange slappe tilvisingar. Nokre undersøkingar mistenkjer eg ein kunne klart seg utan.

Gjetting og telefon

På spørsmål om sjukehuset sender attende dei tilvisingane som ikkje har ei god grunngjeving, svarar Martin:

- Det er ikkje ofte, sikkert ikkje meir enn nokre prosent eller noko der omkring. Men det hender vi krev   få fleire opplysningar for å kunne vurdere tilvisinga, og i dei tilfella kan det hende vi må vente på svar.
- Nokre legar leverer alt for mykje informasjon i lag med ei tilvising, til dømes lange epikrisar. Andre kan sende tilvisingar som er veldig korte og uklare. D  kan vi jo risikere å måtte gjette litt om kva saka gjeld, og kva som egentleg er spørsmålet.

Sjukehuset kan sjølvsagt ikkje late vere å undersøkje ein pasient berre fordi legen ikkje skriv presist, så Morten skj mtar:

- Kanskje vi skulle ha freista   avvist fleire d ? Sett nokre krav til tilvisingane med ein mal eller noko? Kan hende dei hadde vorte betre då, eg veit ikkje.

Moderat, lett, signifikant eller på grensa?

Morten Engstr m vert beden om å fortelje noko om korleis han skriv om funn med ulik grad av avvik frå det normale:

- Ofte er det ikkje så lett å avgjere om eit funn berre er litt unormalt, eller om det er moderat. D  kan det vere like greitt   slå fast at det er unormalt og så heller seie noko om på kva måte det er unormalt. Eg reknar med at den som har rekvirert, kan finne ut om avviket er eit vesentleg funn eller ikkje.

Morten held fram:

- Og elles skriv vi jo ofte at eit funn er i grenseland. Med det ordet skj ner dei fleste at det kan vippe til b e sider. Vi diskuterer ganske ofte oss imellom. Det ligg mykje arbeid bak ordvala av og til. Mange hadde nok vorte overraska om dei visste kor mykje vi diskuterer.

Martin Uglem bryt inn:

- Eg skriv ofte om eit avvik er signifikant eller ikkje, men det er ikkje alle som nyttar dei orda. Folk ordlegg seg ulikt.

Tilbakemelding mest i starten

På spørsmål om kva tilbakemeldingar dei f r på det dei skriv, svarar Morten:

- Det er jo vanskeleg å kommentere eller pirke på den måten ein kollega skriv rapportane sine på, så det er fort gjort å stagnere litt. Dei som er legar i spesialisering (LIS), får mange ulike tilbakemeldingar på alt dei skriv, og fr  fleire kantar. Men når den fasen er over, finn alle etter kvart sin eigen stil. Vi f r berre tilbakemelding på ein rapport viss legen som har rekvirert, ringjer attende etterpå.

Heller frigje enn å felle

Anita Herigstad

Anita Herigstad er klinisk nevrofysiolog og overlege ved nevrofysiologisk laboratorium ved Stavanger universitetssjukehus. Ho har ansvar for den faglege oppfølginga og utdanninga der, og ho har skrive mykje gjennom åra. Kva råd har ho?

Nevrofysiologi er sensitivt

- Nevrologi er sensitivt med mange funn. Det er den store utfordringa når vi skriv rapportar. Vi kan registrere mykje som ikkje er relevant for det pasienten er plaga med, og det er lett å stille for mange diagnosar. Om vi finn litt unormal aktivitet på EEG, men ingen symptom, skal vi heller frigje enn å felle. Det vi finn, må vi sjølv sagt skrive ned, men i konklusjonen må det sortering til som skil mellom det som er relevant, og det som truleg ikkje har noko med saka å gjere.
- I rapportane freistar eg å få klart fram kva som mest sannsynleg kan forklare plagene til pasienten, men òg nemne dei moglegheitene vi ikkje kan sjå heilt bort ifrå. Legen skal alltid stole på det kliniske, for viss vi legg altfor mykje vekt på dei nevrofysiologiske funna, kan vi kome på ville vegar med utgreiing i aust og vest, og det er jo ikkje pasienten tent med. Mennesket må vere i sentrum, ikkje funna i seg sjølv.

Det nokon har tenkt ved eitt høve, kan vere nyttig å lese om seinare

På spørsmål om kva rolle den skriftlege rapporten lyt ha samanlikna med annan kommunikasjon, startar Herigstad med eit konkret døme:

- Av og til vert pasienten send til oss med tanke på éin spesifikk diagnose, men så kjem det fram undervegs at symptoma like gjerne kan skuldast heilt andre ting. Då kjenner eg at eg må peike på nokre moglegheiter i rapporten, i tilfelle den ansvarlege ikkje har tenkt på det. Nevrologane er forskjellige. Nokre vil helst at vi berre gjer greie for resultata og ikkje legg oss for mykje opp i den kliniske tolkinga, medan andre, gjerne dei yngre, er takksame for at vi tolkar.
- Vi er jo *kliniske* nevrofysiologar og har plikt, tenkjer eg, til å peike på det vi ser, også sjølv om ikkje alt vert følgt opp eller vert avgjerande for behandlinga. Den som sit med ansvaret for pasienten, vil uansett nytte nokre av opplysningane og late resten liggje. Pasientar kjem ofte att til fleire undersøkingar, og då er det bra å kunne lese seg til kva som har vore tenkt på før. Viss vi berre tenkjer og snakkar, men ikkje skriv, så forsvinn jo det som har vore tenkt etter kort tid.

Gule lappar kan vere god hastemerking

Journalssystemet legg til rette for å knyte gule lappar til dokumenta. I kva tilfelle er gule lappar nyttige?

- Det hender at eg nyttar ein gul lapp til å trykkje litt ekstra på noko eg har skrive. Om vi til dømes har hatt ein pasient inne til ei poliklinisk undersøking, og eg har funne noko der som kan vere alvorleg for pasienten, og som det hastar å ta fatt i, så legg eg gjerne til ein gul lapp. Eg veit jo ikkje om rekvirenten ser gjennom rapportane som kjem inn kvar dag, er på kurs heile veka, eller om det eg har skrive, kan risikere å drukne i bunken. Då nyttar eg ein gul lapp til å få ekstra merksemd, men eg skriv ikkje ting på gul lapp som ikkje det står i rapporten. Det vert som ei hastemerking, kan du seie.

Ein rapport å verte klok av

Silja Torvik Griffiths

Silja Torvik Griffiths er overlege på avdelinga for barnenevrologi ved barne- og ungdomsklinikken på Haukeland sjukehus. Ho er storforbrukar av EEG. Kva er typisk for ein dugeleg rapport, og i kva tilfelle står ho att like klok?

Det erfarne folk tenkjer, er nyttig

Ho får spørsmål om kva erfaring ho har med vellukka måtar å skrive om uvisse på.

- Det er nyttig å få vite kva dei som skriv, har tenkt undervegs, om kva dei har vore i tvil om, eller kva som er heilt klart. Det er jo erfarne folk. Det dei har tenkt, kan vere nyttig å lese.

Foreldre toler at vi ikkje veit

- Før ei undersøking brukar eg å førebu foreldre på at det ikkje er sikkert at undersøkinga gjev nokon klar peikepinn i den eine eller andre retninga. Heilt friske folk kan til dømes ha noko epileptiform aktivitet i hjernen utan at det tyder på at dei har epilepsi. Dei toler at vi ikkje veit, men vi må forklare det.

Nokre spørjeteikn er betre enn lange lister med atterhald

- Viss den som har gjort undersøkinga, har sett noko som det kan vere grunn til å gå vidare med, har eg god nytte av at dei set spørjeteikn ved til dømes nokre diagnosar eller anna. Det tek nesten ingen plass, men er ei melding som seier ganske mykje. Å ramse opp alle atterhalda vert vi ikkje klokare av. Oftast treng vi ikkje det.

Neste steg lyt ikkje vere hogd i stein

På spørsmål om kva rekkjefølgje i innhaldet ho har mest tru på, svarar ho at konklusjonen gjerne kan kome fyrst og resultata etterpå. Ei side tekst med konklusjonen fyrst har dei god erfaring med.

- Viss rapporten seier i konklusjonen at pasienten må ha ei undersøking på ei spesifikk avdeling, er det ikkje sikkert at det alltid er den beste løysinga. Det er lurt å vere varsam med heilt konkrete behandlingsråd.

Ho gjer merksam på at vi ikkje må tvinge fram klare råd og retningar i alle tekstane.

- Det er ikkje personen som står for rapportskrivinga som avgjer kva som skal skje, for vala er tufta på meir enn EEG. Avgjerda er eit samarbeid mellom legen som har bede om rapporten, den kliniske nevrofysiologen og pasienten.

Marinering og gule lappar

Elen Cathrine Egebakken

Elen Cathrine Egebakken er nevrolog, klinisk nevrofysiolog og seksjonsleiar i avdelinga for klinisk nevrofysiologi ved Ahus på Lørenskog. Ho har både rekvirert og skrive ei rekkje KNF-rapportar (EEG, ENG/EMG/ultralyd, PSG og framkalla responsar).

Kva tankar har ho?

Når fleire funn er unormale, vert skrivinga brått komplisert

- Det er store skilnader på kor mykje arbeid vi legg ned i rapportane. Nokre undersøkingar er grei skuring, og dei tek vi berre unna med ein gong. Men når vi får fleire unormale funn hjå ein pasient, då må vi bruke meir tid på formuleringa i konklusjonen. Det må kome klart fram kva som er relevant for det spørsmålet som er stilt i den tilvisinga vi har fått.

Konklusjonen kan trenge litt avstand

Egebakken vert utfordra til å seie noko om skriveprosessen.

- Ein vert jo alltid litt blind på det ein skriv sjølv. Når eg sit midt oppi ein rapport, veit eg jo kva eg sjølv legg i det eg skriv, men det treng jo ikkje vere like klart for den som les. Dei kompliserte tilfella der konklusjonen ikkje er opplagd, legg eg ofte til sides til seinare på dagen eller dagen etter. Då kan eg eventuelt lese litteratur om det eg er usikker på, og vurdere om konklusjonen er forståeleg. Eg treng liksom litt avstand til formuleringa av funna for å kunne vurdere om dei er forståelege eller presise nok.

Svaret skal ikkje låse

Egebakken har ei rettesnor når det gjeld konklusjonar.

- Eg er legg vekt på å skrive klart om kva som er sannsynleg. Men eg vil ikkje låse vala for den som har rekvirert undersøkinga. Nokre gongar skriv eg ein konklusjon, men samstundes tek eg ein telefon eller legg til ein «gul lapp» (ei melding) i journalsystemet til den som har tilvist.
- Den lappen er friare, ikkje så bindande, så der kan eg gje råd og oppmodingar som klinikarane kan velje å ta imot eller ikkje.

Pasientane får ei munnleg forklaring der og då

På spørsmål om ho tilpassar teksten i tilfelle pasientar les han på nett, ristar ho på hovudet.

– Eg vil seie nei, ikkje eigentleg. Nevrologien og nevrofysiologien er kompleks, og det er vanskeleg å skrive rapportar med «vanlege ord» som alle skal forstå. Sjølve skildringa av undersøkinga vert teknisk med mange faguttrykk. Konklusjonen prøver ein å gjere meir forståeleg med kva funna tyder, men han kan sikkert vere vanskeleg å skjøne for andre enn legar som kan ein del nevrologi.

– Eg er glad i å snakke med pasientar, og eg kjenner at pasientane set pris på å få ei forklaring på det vi finn ut undervegs. Dette gjeld berre ENG/EMG/ultralud der vi undersøker pasientane sjølve. Ved EEG, PSG og framkalla responsar er det teknikarar som tek seg av undersøkinga. Legane som skriv rapporten, ser ikkje pasientane. Eg seier ofte til pasientane at sjølve rapporten ikkje er så lett å forstå for den som ikkje er fagperson. Men med ei god munnleg forklaring, verkar dei fleste pasientane nøgde.

–Der utfallet av den nevrofysiologiske undersøkinga endar med ein alvorleg diagnose, får pasientane melding om at vi må gå nærare gjennom resultatet frå undersøkinga. Det stemmer jo oftast, og den som har bede om undersøkinga vil få svar og gå gjennom dette med pasienten og eventuelt vurdere kva utgreiing eller behandling som trengst.

Ikkje alle nevrofysiologar har same språk seg imellom

– Rapportane vi skriv på det nevrofysiologiske fagfeltet, varierer noko frå stad til stad med tanke på kva uttrykk vi nyttar og korleis vi formulerer oss. Klinikarar har gjeve uttrykk for dette og må frå tid til anna ha hjelp til å tolke svaret frå andre KNF-laboratorium. Dei ønskjer heller ikkje at komplekse KNF-undersøkingar vert sende til andre KNF-laboratorium. Då vert rapporten lettare å forstå for klinikaren som tek imot svaret, og det vert lettare å ha ein munnleg dialog med den som har utført undersøkinga.



Velg norsk helsespråk på tvers av spesialiteter

Kryptiske forkortelser, sammensatte uttrykk på latin og teknisk halvengelsk kan være praktisk å bruke nevrofysiologer imellom. Likevel er det fare for at det faglige utbyttet på tvers av spesialiteter blir mindre hvis rapportspråket blir for internt.

Norsk helsespråk er nyttig i nevrofysiologiske rapporter fordi det

- er raskere å lese og lettere å huske
- gjør det lettere for leseren å tenke samtidig
- gir et bedre utgangspunkt for diskusjoner muntlig
- gjør det mulig å kopiere deler av teksten til andre formål
- gir mindre fare for skjulte misforståelser

Norsk helsespråk er særlig nyttig i problemstillingen og konklusjonen.

NB! Det er god skikk å skrive en term fullt ut en gang før du bruker forkortelsen videre.

[Klikk her for å lese mer om helsespråk.](#)

[Klikk her for å lese mer om klarspråk og helsespråk.](#)

La frasene hjelp deg

En samling fraser effektiviserer skrivearbeidet. Med en gjennomtenkt samling av fraser i ermet, blir det lettere å skrive klarere uten å bruke mer tid.

Del fraser med hverandre, og stjel fraser fra hverandre. Det er smart.

Fraser er særlig nyttige

- til beskrivelser av prosedyrer du gjennomfører ofte
- til definisjon og forklaring av termer og forkortelser
- som struktur for sammensatte resonnementer
- som en hjelp til å øve inn nye skrivevaner

Prosedyrefrase:

Pasienten er henvist med spørsmål om polyneuropati.

Klinisk normal og sidelik kraft og sensibilitet uten distal reduksjon av sensibilitet

Reflekser sidelike ++ i uex.

Nevrografi utført på høyre oex og begge uex.

Sensorisk nevrografi viser normale amplituder og ledningshastigheter .

Motorisk nevrografi viser normal distale latenstider, samt normale amplituder og ledningshastigheter. F-respons latenstid innenfor normalområdet.

EMG viser ingen spontanaktivitet og normalt konfigurerte muskelpotensialer (se tabell i vedlegg). Normalt rekrutterings- og interferensmønster.

Konklusjon: Normale funn.

Resonnementfrase:

Oppsummering:

Det sees pågående de- og reinnervasjonsaktivitet i N muskler med ulik innervasjon i henholdsvis både arm og ben samt i en trunkal muskel.

Undersøkelsen påviser ingen demyeliniserende trekk, ingen ledningsblokk, ingen myopatiske trekk, ingen holdepunkt for myastheni og ingen holdepunkt for sensorisk polyneuropati.

Konklusjon:

Nevrofysiologiske funn oppfyller MND kriterier for nedre motornevron affeksjon i X regioner iht. Awaiji (uex, oex og truncus), i Y regioner iht. El Escorial (uex, oex) og i Z regioner iht. Gold Coast kriteriene. Det sees en tydelig progresjon i utbredelse sammenholdt med den forrige undersøkelsen.

Merk at nevrofysiologiske funn bare er en del av diagnosen. MND diagnosen kan ikke stilles uten en fullverdig klinisk vurdering, noe som innebærer bl.a. differensialdiagnostikk og vurdering av øvre motornevron (ikke foretatt av undertegnende).

Gjør det lett å finne frem

I sammensatte rapporter over flere sider har det mye for seg å samle konklusjon og problemstilling på første side. Slik får leseren servert det viktigste rett i hånden.

I korte rapporter går det greit å følge kronologien med problem først, resultater og tolkninger midtveis og konklusjonen til slutt.

Det er lettere å finne frem i en tekst når

- viktige svar og viktige spørsmål står nær hverandre eller samlet
- det finnes punktlistor, fet skrift, innrykk eller underoverskrifter å orientere seg etter
- den viktigste informasjonen i et avsnitt kommer først eller sist
- vedlegg brukes til detaljer som leseren sjelden får bruk for

[Les mer om henvisende legers preferanser her.](#)

Original

Ved stimulering av motorisk nervus medianus, nervus ulnaris og nervus radialis ses normale motoriske funn bilateralt bortsett fra lett forlengende F-responser høyre nervus ulnaris og grenseland forlengende F-responser fra nervus medianus bilateralt.

Ved stimulering av sensorisk nervus medianus høyre side ses normal sensorisk amplitude med lett forsinket sensorisk ledningshastighet palmar samt fra digit fire, normal sensorisk ledningshastighet for digit tre. Ved stimulering av sensorisk nervus medianus venstre side ses normal sensorisk amplitude med lett forsinket sensorisk ledningshastighet fra digit fire, normal sensorisk ledningshastighet fra digit tre. Ved stimulering av nervus ulnaris samt sensorisk nervus radialis, begge bilateralt, ses normale sensoriske funn.

Alternativ

Nevrografi av motorisk og sensorisk nn. ulnaris, medianus og radialis på begge sider viser

- lett redusert ledningshastighet for enkelte, men ikke alle, grener av n. medianus bilateralt, muligens litt mer uttalt i høyre hånd
- ellers normale funn, med unntak av noen funn av lett forlenget eller grensesignifikant forlengete F-responser (se tabell)

Reven har alltid to utgangar

Marte Helene Bjørk

Marte Helene Bjørk er MD PhD, har ansvar for kliniske retningslinjer og er tilsett ved Haukeland sjukehus og Universitetet i Bergen. Ho har lang erfaring både med å gjere undersøkingar og skrive rapportar om tolkinga og å be om undersøkingar.

Kva dilemma har ho erfart?

Nokre særprega bilete kan gje feil inntrykk

- Mange resultat kan vere både patologiske og heilt normale. Det kjem an på heilskapen. I rapportane legg vi ofte ved nokre bilete som syner ein eller annan aktivitet. Det er fare for at den som har rekvirert undersøkinga, kan overtolke desse bileta. Difor legg vi som skriv rapportane, mykje vekt på atterhalda.

Nokon må ta sjansen på ei tolking

- Det mest behagelege er jo å «safe» når vi skriv. Det er krevjande å skrive ærleg om kvifor ein er i tvil. Då må vi tenkje etter og få tankegangen ned på papiret. Å lire av seg generelle atterhald er ikkje like vanskeleg.
- Tidlegare vart vi oppmoda til å heilgardere, men eg trur vi har vorte litt mindre opptekne av det i seinare tid. Reven har alltid to utgangar frå hiet sitt, vert det sagt. Men vi kan jo ikkje berre tenkje slik. Nokon må ta sjansen på ei tolking, for elles skyv vi berre på problemet til neste ledd.

Ansvar for råda, men ikkje behandlinga

På spørsmål om kor klar ein lyt vere i konklusjonen etter ei undersøking, kjem ho med eit døme.

- Nokre gonger er det klart kva konkrete spørsmål legen treng svar på, andre gonger har legen bede om eit generelt bilete. Eg er av dei som meiner at ein kan tillate seg å gje nokre råd når ein har lang erfaring. «Ein kan vurdere»-formuleringa er ikkje å gå for langt, sjølv om den som har bede om undersøkinga, ikkje eksplisitt har bede om råd om korkje utgreiing eller anna.

Terminologien er ikkje på plass

- Terminologien innan klinisk nevrofysiologi er ikkje standardisert, og det er ei språkleg utfordring. Når eg ikkje er sikker på kva ei formulering eigentleg tyder, då trur eg ikkje det er så greitt for andre heller. Der har vi ein jobb å gjera.

Konklusjonen gjer seg best i allmennspråk

- Nokre konklusjonar er berre samandrag av funna. Dei kan ein ikkje bruke til så mykje i etterkant, viss dei då ikkje er formulerte i eit språk som gjer det mogleg for kven som helst å forstå innhaldet.
- Dei konklusjonane som både er i allmennspråk og som seier noko om tolkinga og konsekvensen, kan vi klippe og lime inn i brev. Det er nyttig.

Ein region for seg

Diana Hristova Berg

Diana Hristova Berg er klinisk nevrofysiolog og spesialist i nevrologi.

Ho jobbar på klinisk nevrofysiologisk laboratorium, ein del av nevrologisk poliklinikk ved Nordlandssjukehuset i Bodø.

Kva kan ho fortelje om ulike måtar å skrive rapport på?

Kroppsdel versus patologi

Berg vert utfordra til å fortelje konkret kva grep ho tek for å gjere det lett for lesaren å finne fram og orientere seg i rapportar frå lengre, kompliserte undersøkingar. Ho finn fram eit døme på omfattande nevrografi og forklarar:

- Eg vel ein rapportstruktur som følgjer den naturlege rekkefølga i undersøkinga. Skildringa tek også form etter problemstillinga, så dei vert ikkje like. Her på huset gjer vi nevrografi fyrst og elektromyografi etterpå.
- Eg brukar alltid å halde alt som gjeld ein bestemt del av kroppen, samla, så eg tek det region for region. Her ved Nordlandssjukehuset gjer meir eller mindre alle det, vi går frå ein del av kroppen til den neste. Og så startar vi med dei patologiske funna der.
- Ved sjukehuset i Tromsø skildrar dei funna med ein annan struktur. Eg har jobba i Tromsø tidlegare, så då skreiv eg ikkje som eg gjer no. I Tromsø er det ordna slik at dei openbert alvorlege patologiske funna kjem fyrst, dei unormale, men kan hende ikkje alvorlege funna kjem etterpå, og dei heilt normale funna står til sist i rapporten. På det viset kjem det viktigaste først, kan du seie, men teksten i eitt avsnitt hoppar rundt frå kroppsdelen til kroppsdelen.
- No er eg van med å skrive og lese om ein region av gongen og med nevrografien fyrst her på dette sjukehuset. Etter ei tid her synest eg at Tromsø-måten har vorte litt ulogisk, sjølv om informasjonen er like god, og alt er på plass. Det er vel slik for dei fleste. Det ein har vorte van med, er liksom lettare å finne fram i enn det som er ordna etter ein annan logikk.

Klinikk og teknikk

Ved nokre sjukehus ser det ut til at rapportane er skrivne i eit teknisk språk og følgjer ein struktur som høver til gjennomføringa av sjølve undersøkinga. Andre stader har skribentane valt ein struktur som truleg ligger tettare opp til eit klinisk resonnement. Det kan ha noko å gjere med om laben er styrt av nevrologar eller teknikarar. Berg vert beden om å seie noko om kva ho meiner er passe mengd tekniske detaljar, og kva som trengst for å finne fram.

Berg peikar på utskrifta ho har i handa og viser at lesaren har ei underoverskrift med understreking å gå etter for kvar region, så det let seg gjere å finne fram til rett kroppsdelen i teksten. I teksten står avvika utheva med prosent og feit skrift. Ho forklarar:

- Somme brukar alltid å gje tal på til dømes latenstid ved EMG, mens andre aldri gjer det. Dei vel heller å skildre funna og avvika med ord. Eg har valt å gjere både delar, trass i at det kan sjå omstendeleg ut og trass i at det vert litt lengre. Det er ikkje alltid tala trengst, men nokre gonger er det til hjelp for å stille diagnosar eller samanlikne resultat.
- Viss nokon skal gjere ei undersøking på nytt som kontroll, er det lettare å samanlikne når det finst både tal og ord. Vi kan ikkje vere sikre på om to rapportskrivarar meiner det same når dei skriv at eit avvik er «lett» eller «moderat».
- Det kan verte vanskeleg å finne ut om ein pasient har vorte verre eller er stabil når det ikkje finst nokon tal i rapporten i det heile. Difor vil eg at lesaren skal finne nokre tal i det eg skriv.

