
Pasienten og det informerte valg

REDAKSJONELT

PER HJORTDAHL

Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0317 Oslo

PÅL GULBRANDSEN

Per Hjortdahl (f. 1946) er professor i allmennmedisin.
Pål Gulbrandsen (f. 1955) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet.
Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Konsultasjonen innebærer en rekke valg, – mange små og noen store. De fleste er faglige og må gjøres av legen, mens andre – og særlig de større – bør fattes av pasienten, eventuelt i samråd med legen. Dette er nedfelt i norsk lov (1) og de fleste av landets leger er enige i prinsippet. Men hvordan står det egentlig til i vår kliniske hverdag?

En nylig publisert undersøkelse dokumenterer situasjonen i USA (2). Over 1 000 uselekterte konsultasjoner hos i alt 124 klinikere i praksis utenfor sykehus ble tatt opp på lydbånd og analysert. Basert på litteraturstudier var det satt opp inntil sju generelle kriterier for hva som bør være til stede i slike dialoger ved ulike kliniske problemstillinger. I 98,5 % av konsultasjonene forelå det en eller flere valgsituasjoner hvor pasientene burde trekkes aktivt inn, men av i alt 3 552 slike observerte situasjoner ble pasientene bare tatt med på en tilfredsstillende måte i 9 % (2).

Vi vet ikke om det er slik i Norge. Funnene i den amerikanske undersøkelsen lar seg vanskelig overføre direkte til vårt land. Som en av de første publiserte kvantitative, direkte evalueringer av denne delen av konsultasjonen inneholder den likevel viktige påminnelser om hvor mangelfull kommunikasjonen med pasientene kan være. Den reiser spørsmål som bør tas opp til bred diskusjon, også hos oss.

Hvilke av avgjørelsene i konsultasjonen mener vi som leger at pasientene bør være med på? Etter pasientrettighetsloven har pasienten rett til å medvirke i alle valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder (1). Å involvere pasientene i alle slike avgjørelser vil for de fleste klinikere virke absurd. Er ikke dette en del av det faglige arbeidet vi som leger får betalt for, skyver vi ikke da for meget av vårt faglige ansvar over på pasientene? Det kan ikke, og bør ikke, gis noen standardoppskrift for når pasienten skal trekkes inn i beslutningene, fordi det må være avhengig av den kliniske situasjonen og den enkelte pasient. Det viktige er at legen i alle disse situasjonene vurderer om pasienten skal involveres.

Ønsker pasientene selv å være med på alle disse avgjørelsene? Forskningen omkring dette gir ikke entydige svar, men det fremkommer at pasientene stort sett ikke ønsker å ta del i konsultasjonens mange diagnostiske veivalg (3). De fleste vil være med i avgjørelser om diagnostiske utredninger eller behandlinger som kan få viktige konsekvenser for dem selv (3). Informerte pasienter som er med på de viktige beslutningsprosessene i konsultasjonen, opplever en positiv helseeffekt og er mer tilfreds med lege-pasient-forholdet (4). En av de viktige og krevende legeoppgavene i konsultasjonen er derfor å finne frem til hvilke avgjørelser pasienten selv ønsker og er i stand til å være med på.

Utvidet pasientmedvirkning tar tid. Som klinikere må vi lære oss å bruke tiden målrettet. Noe kan ivaretas ved at informasjonen og veiledningen spres over flere konsultasjoner, og noe kan oppnås ved at god, kvalitetssikret informasjon i form av skriftlig materiell eller audiovisuelle hjelpemidler blir gjort tilgjengelig for pasientene mens de er på kontoret. Et lovende eksempel er Norsk elektronisk legehåndbok (5) som inneholder pasientrettet opplysningsmateriale som lar seg skrive ut med et tastetrykk fra datajournalen. Slik informasjon kan ikke erstatte den muntlige dialog, men avgjort bidra til å korrigere den store mengden misforståelser som oppstår (6).

Informasjon er et nødvendig, men ikke tilstrekkelig grunnlag for pasientenes delaktighet i beslutningsprosessene; til det trengs veiledning og diskusjon. I tillegg til å ha det medisinsk-faglige ansvaret i konsultasjonen vil klinikerens arbeid fremover være rettet mot å orientere og veilede pasienten gjennom de ulike valgene han eller hun står overfor (7). Å få pasienten delaktig i slike prosesser krever tid, kunnskap og ferdigheter fra legens side. Disse ferdighetene kommer ikke av seg selv, men må læres og vedlikeholdes.

LITTERATUR

1. Ot.prp. nr. 12 (1998 – 99). Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).
2. Braddock C, Edwards K, Hasenberg N, Laidley T, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice. Time to get back to basics. *JAMA* 1999; 282: 2313 – 20.
3. Deber R, Kraetschmer N, Irvine J. What role do patients wish to play in treatment decision-making? *Arch Intern Med* 1996; 156: 1414 – 20.

4. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 1423 – 33.
 5. Johannesen T, red. Norsk elektronisk legehåndbok. CD. Trondheim: Norsk Helse Informatikk, 1999.
 6. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 484 – 8.
 7. Berg O, Hjortdahl P. Medisinen som pedagogikk. Oslo: Universitetsforlaget, 1994.
-

Publisert: 30. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.