
Fra pasienttilfredshet til brukermedvirkning

REDAKSJONELT

BJØRNDAL A

Pasienter har krav på å bli møtt med respekt. Økt livskvalitet er en ønsket effekt av mange tiltak i helsetjenesten. All medisinsk virksomhet bør omfatte selvevaluering som gjør det mulig å vurdere om vi gjør de riktige tingene på den riktige måten.

Dette er tre gode grunner til å utvikle pålitelige mål for pasienttilfredshet. To artikler i dette nummer av Tidsskriftet bidrar til dette arbeidet (1, 2).

Undersøkelsene viser at vi har utviklet målemetoder for tilfredshetsmåling som er rimelig reliable, dvs. at målingene blir nøyaktige. Det er også mulig å få pasienter til å fylle ut skjemaene, dvs. at de er akseptable. Det er imidlertid mer uklart hva de faktisk måler, dvs. hvor valide de er.

Målinger av pasienters tilfredshet representerer et ønske om å bruke informasjon om folks egne erfaringer i planlegging og drift av helsetjenester. Dette er et første drag i luften som varsler endringer i beslutningsmakten i helsetjenesten. Vi går inn i en tid der stadig færre medisinske beslutninger vil bli tatt av medisinske eksperter. Det vil gjelde kliniske spørsmål, som f.eks. om moderat hypertensjon skal behandles medikamentelt eller hvilken kirurgisk teknikk man skal velge ved prostataoperasjoner. Det vil gjelde samfunnsmedisinske spørsmål, som f.eks. om mammografiscreening bør innføres i hele landet for kvinner i 40-årene eller hvilke tjenester man bør utvikle for psykiatriske pasienter i lokalsamfunnet.

De fleste tiltak i helsetjenesten tilbyr, har begrensede effekter. Uansett hvor imponerende den relative risikoreduksjon er, er det ikke alle pasienter som får del i gevinsten. Typisk vil man med en "effektiv" behandling utsette 20-50 pasienter for noe de ikke får effekt av, før det kommer én som får nytte av den aktuelle behandling. Mange virkemidler som helsetjenesten benytter, har langt svakere effekter. Og for noen tiltak finnes det ikke kunnskap om effekt i det hele tatt. De fleste tilbud i helsetjenesten har dessuten bivirkninger.

For i det hele tatt å nå frem til en behandlingsbeslutning når det vi tilbyr er moderat effektive tiltak med bivirkningsfare, må kunnskapsbildet fargelegges med preferanser eller verdier, dvs. meninger om hvor viktig det er å oppnå et bestemt utfall. Medisinske beslutninger dikteres aldri av medisinsk kunnskap alene. Noen ganger ender man i paternalisme; når legen uten god grunn legger sine egne verdier i vektskålen. Andre ganger lykkes man i å få pasienten til å prege og medvirke til beslutningen.

Både i det personlige møtet mellom legen og enkeltpasienten - og i møtet mellom eksperter, beslutningstakere og publikum - bør leger på en eksplisitt måte inkludere preferanser i de beslutninger som må treffes. Det gjelder å rykkeskrittet videre fra prinsippet om informert samtykke til målet om informerte beslutninger - der legen på en nennsommåte, med høye faglige krav til den kunnskap som fremlegges og med tydelig respekt for pasienters autonomi, bidrar til å forme beslutninger som er godt forankret både i kunnskap og verdier.

En medvirkning som gir mening forutsetter at pasientene får pålitelig informasjon om effekter av det vi driver med. Selv for de enkleste tilstander og behandlingsvalg mangler imidlertid både leger og publikum tilgang til pålitelig kunnskapsoversikter. Derfor er det tvilsomt om pasienter for tiden får sann informasjon fra sine leger om nytten av det de tilbys. Her er det en jobb som må gjøres. Dessuten må vi evaluere og forbedre vår formidling.

Legens autoritet er ikke lenger tilstrekkelig som begrunnelse for mange medisinske beslutninger. Ønsket om en mer kunnskapsbasert medisin understreker legers og publikums behov for lett tilgjengelig, pålitelig og oppdatert informasjon om effekter av helsetjenester. Den pasientsentrerte medisin poengterer at pasienter bør spille en aktiv rolle i beslutninger som angår deres helse. Disse to trender utfyller hverandre. Å gi pasienter pålitelig kunnskap om mulig risiko og sannsynlig gevinst - og systematisk innhente informasjon om verdier og preferanser knyttet til ulike utfall - vil bringe oss et langt skritt i retning av en mer effektiv og tydeligere pasientsentrert helsetjeneste. Ved å profilere sin oppgave som *tilrettelegger* av de fleste kliniske og samfunnsmedisinske beslutninger som skal treffes, vil legen overfladisk bedømt kanskje gi fra seg beslutningsmakt. Men på sikt vil pasienters økte innflytelse, der vi trener dem til å etterspørre pålitelig kunnskap og hjelper folk til å vurdere hva som er viktig for dem, sikre oppslutningen om den helsetjeneste vi forvalter.

Arild Bjørndal

LITTERATUR

1. Guldvog B, Hofoss D, Pettersen KI, Ebbesen J, Rønning OM. PS-RESKVA - pasienttilfredshet i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 386-91.
2. Sørli T, Sørli D, Sexton H, Vikan F, Tollefsen L. Tilfredshet og utilfredshet med kirurgisk behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 394-9.

Publisert: 30. januar 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.