

Å lytte til pasientens preferanser

Krav om pasientmedvirkning og respekt for autonomi kan komme på kollisjonskurs med legens holdninger til behandling. Hvordan bør legen møte denne utfordringen?

Pasientpreferanser er et relativt nytt begrep. Man bruker ikke begrepet, verken i Legeforeningens etikkregler eller i lovverket, men ord som *integritet*, *informasjon*, *medvirkning* og *samtykke*. I pasientrettighetsloven står det at all helsehjelp skal gis på grunnlag av pasientens samtykke, som skal bygge på nødvendig informasjon om helsetilstanden og innholdet i helsehjelpen (1). Pasientens preferanse ligger *forut for* samtykket, og kjennskap til preferanse er en forutsetning for et frivillig, aktivt og informert samtykke. Legers antakelse om pasientenes preferanser stemmer ofte ikke med virkeligheten (2), og behandlingsvalg foretas uten å undersøke pasientens preferanser. Ofte kjenner heller ikke pasienten sine egne preferanser, eller preferanser endres gjennom sykdomsforløpet.

Holdninger refererer til stabile, vedvarende og verdiladede innstillinger som uttrykkes gjennom standpunkt, beslutninger og handlinger. Selv om idealet er at kun medisinske fakta skal være grunnlaget for beslutninger, vil holdninger – ofte ubevisste – spille inn i de valgene som både leger og pasienter gjør.

Legenes holdninger til medikalisering av overgangsalderen var tema i en spørreundersøkelse til 400 allmennleger (3). Var de enig eller uenig i en påstand om at hormonbehandling av kvinnens overgangsalder innebar en uheldig medikalisering av en naturlig livsfase hos kvinner? Legene ble presentert for to kasuistikker, og de delte seg i spørsmålet om de ville anbefale behandling. Det som predikerte svaret, var først og fremst holdningen legene hadde til medikalisering i utgangspunktet. Et avgjørende spørsmål her er om legen er seg bevisst sin egen holdning og evner å møte kvinnen på en åpen og dialogisk måte, og ikke overkjøre henne.

Psykologisk forskning har vist at beslutninger ofte fattes raskt og intuitivt, på bakgrunn av mentale snarveier, eller *heuristikk*, snarere enn gjennom deduktiv og resonnerende tenkning (4). Et sett av heuristikker er knyttet til følelsen av at noe er riktig og stemmer med de verdiene man har. Heuristikker er ofte nyttige, men kan lede til feil fordi vi ikke systematisk tar inn annen informasjon. Pasientens preferanser er eksempel på slik annen informasjon.

Modeller til hjelp

Hvorfor svikter legen i å undersøke pasientenes preferanser? Selv om en åpenbar grunn er tidsnød, må man spørre om legenes arbeidsmåte er optimal. Forskning omkring lege-pasient-relasjonen har ført til utviklingen av fire modeller som kan være til hjelp (5): den paternalistiske modellen

(paternalistic model), konsumentmodellen (informative model), tolkingsmodellen (interpretive model) og forhandlingsmodellen (deliberative model).

I den paternalistiske modellen er legen en farsfigur som avgjør behandlingen på vegne av pasienten. Modellen antar at det finnes felles, objektive kriterier for hva som er best. Pasientens autonomi underordnes.

Konsumentmodellen er en moderne, liberalistisk modell i motsatt ende av skalaen. Legen formidler relevant informasjon til pasienten som så velger hva hun ønsker. Det er ikke rom for legens preferanser og holdninger. Pasientautonomi betyr at pasienten kontrollerer de medisinske beslutningene.

Tolkingsmodellen er mest aktuell i psykiatrien, og omtales ikke videre her. I den siste modellen – forhandlingsmodellen – er målet å belyse verdier knyttet til alternative helsevalg. Legen er lærer og venn, engasjerer pasienten i en dialog og gir råd.

Selv om den paternalistiske modellen har mistet tilhengere, er det flere situasjoner der den utvilsomt gjelder, som i øyeblikkelig hjelp-situasjoner. Modellene kan ikke betraktes som enten-eller, men vil variere avhengig av den kliniske situasjonen og det aktuelle fagområdet. For bedre å ivareta pasientens medvirkning i beslutningsprosessen og styrke pasientens mulighet til å mobilisere egne ressurser, er forhandlingsmodellen best egnet.

Preferanser og retningslinjer

Økende bruk av retningslinjer utfordrer klinisk medisin. Det kan innvendes at retningslinjer, som baserer seg på data på gruppenivå, ikke stimulerer legen til å undersøke den unike pasientens situasjon. Er det mulig å skreddersy behandlingen når vi skal følge retningslinjer? Retningslinjer oppsummerer den beste tilgjengelige kunnskapen og kan brukes til å diskutere behandlingen sammen med pasienten, som en del av grunnlaget for en felles beslutning. Ikke minst er retningslinjer viktige i forhold til å begrense bruk av unyttige utredninger eller behandling som ikke har effekt.

Det er et mål at pasientperspektiv og brukermidvirkning skal inn i retningslinjearbeid (6). Begrunnelsen er at det er umulig å bestemme hva som er best behandling uten kjennskap til pasientens preferanser og motivasjon. Det er imidlertid sjelden at retningslinjer eksplisitt utfordrer legen til å utforske disse preferansene.

At pasientens preferanser skal undersøkes, er imidlertid ikke det samme som at pasienten bestemmer, for eksempel ved ønske om videre utredning. Det er legens

plikt å yte faglig forsvarlig helsehjelp, og pasientens ønske kan gå på tvers av dette. I tillegg vil altså legers holdninger – både til utredning og behandling – variere og kan resultere i forskjellige råd. Spesielt kan dette gjelde på områder der kunnskapen er usikker, eller det ikke er gitt klare retningslinjer. Det kan dreie seg om holdninger til problemer helsevesenet i dag står overfor – f.eks. risiko for overbehandling og medikalisering av vanlige livshendelser. For å unngå å overkjøre pasienten må legen være bevisst sine egne holdninger og møte pasienten i en forhandling der pasientens preferanser utforskes og vektlegges.

Et viktig tiltak for å bedre kvaliteten i helsetjenesten er å legge større vekt på undervisning i hvordan pasientenes preferanser kan integreres i behandlingsforløpet. Dette er et sentralt element i moderne profesjonsetikk. Pasientpreferanser bør for eksempel journalføres når det er klinisk relevant, og bør inn som et eksplisitt kriterium i kliniske retningslinjer.

Artikkelen bygger på forfatterens prøveforelesning for den medisinske doktorgrad 25. november 2013.

Bjørn Gjelsvik

bjorn.gjelsvik@medisin.uio.no

Bjørn Gjelsvik (f. 1949) er universitetslektor, Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo og fastlege ved Tanum legekontor i Bærum. Han er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin og godkjent veileder i allmennmedisin.

Litteratur

1. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), kapittel 3 og 4. http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3_4 [6.10.2014].
2. Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ* 2012; 345: e6572.
3. Gjelsvik B. Allmennlegers råd om hormonbehandling i overgangsalderen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1660–3.
4. Gilovich T, Griffin D, Kahneman D. Heuristics and Biases. *The Psychology of Intuitive Judgement*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2002.
5. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221–6.
6. Helsebiblioteket. Hjelp til å inkludere pasienter i retningslinjearbeid. <http://helsebiblioteket.no/retningslinjer/nyhetsarkiv/hjelp-til-%C3%A5-inkludere-pasienter-i-retningslinjearbeid> [6.10.2014].

Mottatt 6.2.2014, første revisjon innsendt 3.6.2014, godkjent 3.10.2014. Redaktør: Hanne Støre Valeur.

Publisert først på nett.