

Pasientvurderinger i klinikk og forskning - det subjektive teller også

REDAKSJONELT

MÆLAND JG

Da René Laennec (1781-1826) i 1816 oppfant stetoskopet, fjernet han samtidig legen fra pasienten. Legen kunne nå få informasjon fra kroppens indre uten selv å måtte berøre pasientens hud. Den taust lyttende lege og den enda tausere pasient ble idealtypen for det kliniske møtet (1).

Medisinen utviklet seg videre i kraftfeltet fra de nye naturvitenskaper, og målet var allmenngyldig kunnskap om sykdom og helbredelse. Objektivitet i observasjon og måling ble den største dyd. Folks fortellinger og egne vurderinger ble ansett som upålitelige og uinteressante. Selv legens egen sanseinformasjon ble nedvurdert i forhold til hva apparater målte. EKG-et fortrengte auskultasjonen, røntgen thorax perkusjonen, og ultralydapparatet palpasjonen.

TILBAKE TIL DET SUBJEKTIVE

Nå er det subjektive i ferd med å bli rehabilitert. Vi innser at legens sanser bør utvikles og utnyttes i diagnostikk. Vi forstår at sykehistorien er halve diagnosen, og at symptomene må tillegges større verdi enn tallene fra laboratoriet. Vi tenker kanskje ikke på dette som subjektiv informasjon, men informantene er like fullt pasienten, selv om det er legen som spør. Best uttrykt er dette i den pasientsentrerte kliniske metode utviklet av McWhinney for allmennmedisin, hvor pasientens ønsker, forventninger og vurderinger gis like stor plass som legens observasjoner og konklusjoner (2).

For en del år siden fant man at det enkle spørsmålet om hvordan eldre personer vurderte sin helse, predikerte tidspunktet for fremtidig død bedre enn de såkalte objektive helsemålene (3-5). Sagt på en annen måte: egenvurderingen av helse inneholdt informasjon som de kliniske testene ikke var i stand til å fange opp. Dette er bekreftet i flere undersøkelser og har bidratt til å heve respekten for egenvurderinger (6).

De siste 20 årene er *livskvalitet* blitt et moteord i medisinen, i den grad at det gammeldagse helsebegrepet synes fortrengt. Forklaringene er flere. Delvis kan det bero på vanskene med å enes om en definisjon av helse og at livskvalitet virker enklere å forholde seg til. Dessverre er det ikke slik: Vi har i dag et utall ulike definisjoner av og målemetoder for livskvalitet (7).

En annen forklaring er at begrepet livskvalitet er fristende å bruke fordi det tar utgangspunkt i den enkeltes vurderinger, mens helse mer blir sett på som et anliggende for legen. De fleste forstår med livskvalitet en subjektiv vurdering av livet i sin helhet eller visse sider ved det. Livskvalitetsmålinger kan derfor supplere legens "objektive" funn, noe som syntes både naturlig og meningsfylt i en tid som vektlegger opplevelse og selvrealisering. At

det ikke har vært like lett å enes om hva man skulle måle, og hvordan, er en annen sak.

ENKELT - OG GODT?

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Bent Guttorm Bentsen og medarbeidere de såkalte COOP-WONCA-spørreskjemaer for pasientvurdering av egen helse og funksjonsevne (8). Disse består til nå av seks spørsmål om fysisk form, følelsesmessig problem, daglige aktiviteter, sosiale aktiviteter, endring i helse, og samlet helsetilstand. Hvert spørsmål har fem svarkategorier som er illustrert med enkle tegninger eller symboler for å lette forståelsen, og pasienten bes krysse av ut fra hvordan tilstanden har vært de siste to ukene. Bentsen og medarbeidere hevder på bakgrunn av norske og internasjonale undersøkelser at skjemaene gir reliabel, valid og klinisk meningsfull informasjon, og anbefaler dem både for klinisk praksis og forskning.

Det finnes etter hvert en lang rekke metoder for å registrere subjektiv helse og livskvalitet. Noen av spørreskjemaene er anvendelige uavhengig av type helseproblem (generelle eller generiske skalaer) mens andre er spesielt utviklet for én sykdom. Utviklingen nå går mot et stadig større og mer forvirrende mangfold av sykdomsspesifikke metoder (9). De generiske helsemål er gjennomgående bedre dokumentert med henblikk på psykometriske kvaliteter og har den klare fordel at de kan brukes til å sammenlikne på tvers av kliniske grupper.

En ulempe med de fleste generiske helse-livskvalitetmålemetoder er deres omfang, som gjør dem tungvinte i praksis. Vanligvis består disse skjemaene av 20 eller flere spørsmål som må veies sammen for å få ut skårer. Slike skjemaer er lite anvendelige for klinisk praksis, spesielt i allmennmedisin.

COOP-WONCA-skjemaene er spesielt utviklet for å fylle dette behovet. De er meget enkle og kan uten problem inkorporeres i vanlige konsultasjoner. Men deres enkelhet er samtidig deres største begrensning. Skjemaene gir bare anledning til summariske vurderinger av visse sider ved helse og funksjonsevne. Fysisk funksjonsevne vurderes for eksempel bare i forhold til aerob kapasitet, mens spørsmålet om daglige aktiviteter favner alle "vanlige gjøremål eller oppgaver enten innendørs eller utendørs". Fortolkningen av svarene på slike spørsmål er vanskelig og validiteten synes ikke godt nok belyst til nå. Man kan også reise spørsmål om hvor sensitive spørsmålene er for å fange opp endringer over tid. Videre systematisk utprøving er derfor nødvendig før man kan si noe endelig om hva skjemaene duger til.

Likevel er det sannsynlig at slike enkle metoder kan være nyttige i daglig praksis eller for enklere evalueringer. Skjemaene er et interessant alternativ for dem som ønsker å systematisere pasientvurderinger uten for store omkostninger. Metoden vil forhåpentligvis kunne bygges ut med flere spørsmål, knyttet til for eksempel smerte, tretthet, trivsel og mestring. Det er all grunn til å hilse skjemaene velkommen som enkle redskap til å gjøre subjektive pasientvurderinger eksplisitte og målbare.

John Gunnar Mæland

LITTERATUR:

1. Foss L, Rothenburg K. The second medical revolution. From biomedicine to infomedicine. Boston: New Science Library, 1988: 38-43.
2. Levenstein JH, McCracken E, McWhinney IR, Steward MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Fam Pract 1986; 3: 24-30.
3. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. Am J Publ Health 1982; 72:800-8.
4. Idler EL, Kasl SV, Lemke JH. Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington counties, Iowa, 1982-1986. Am J Epidemiol 1990; 131: 91-103.
5. Idler EL, Kasl SV. Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? J Gerontol: Social sciences 1991; 46, nr. 2: 55-65.

6. Bjørndal A. Hvordan står det til? Om bruk av egenrapportert helse i medisinsk forskning. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3013-6.
7. Mæland JG. Helse og livskvalitet. Begreper og definisjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 1311-5.
8. Bentsen BG, Natvig B, Winnem M. Vurdering av egen funksjonsevne. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1790-3.
9. Bowling A. Measuring disease. Buckingham: Open University Press, 1995.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no