



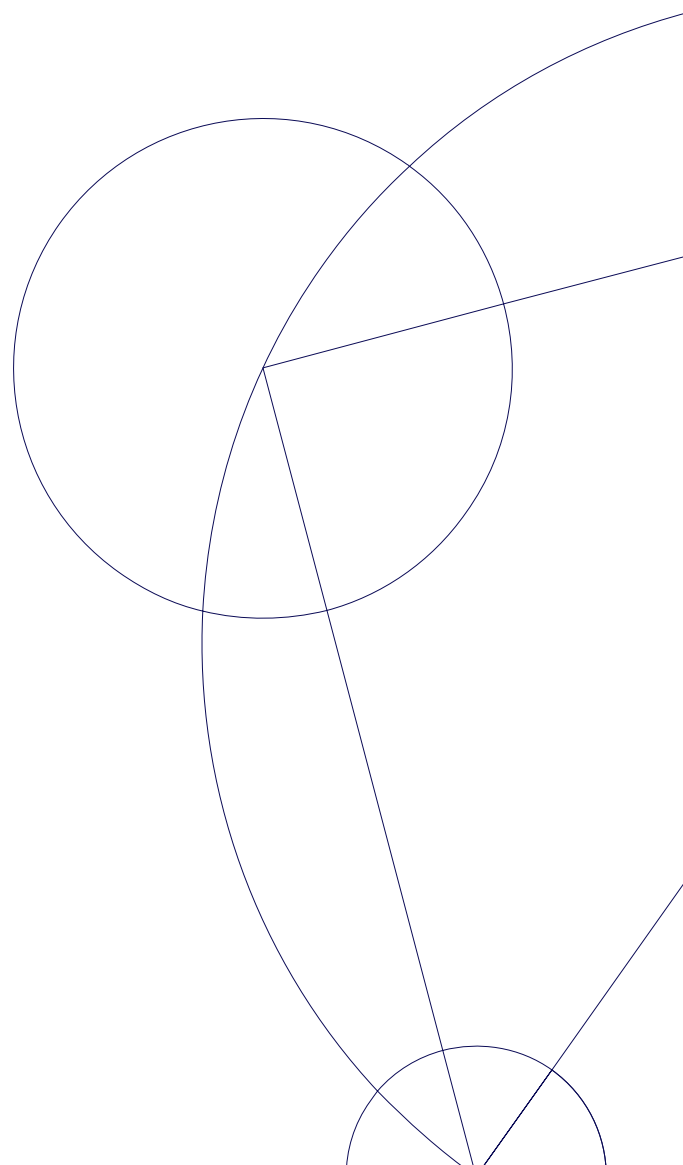
---

DET SUNDHEDSVIDENSKABELIGE FAKULTET  
KØBENHAVNS UNIVERSITET  
PANUM INSTITUTTET  
BLEGDAMSVEJ 3  
2200 KØBENHAVN N

# Tidlig Patient Kontakt

## Notesamling

Hien Quoc Do  
Stud.med.



## Indholdsfortegnelse

	Side
Sundhed og sygdom .....	3
Sundhedsbegrebet .....	3
Årsager til sygdom: .....	3
Konsekvenser af sygdom: .....	3
Abraham Maslows behovspyramide .....	4
Sundheds- og sygdomsopfattelse (på tværs af religioner og kulturer) .....	4
Kønsmforskelle i sundhed og sygdomme .....	4
Sygdomsteorier .....	5
Den biomedicinske sygdomsmodel (apparatfejlsmodellen) .....	5
Den psykodynamiske sygdomsmodel .....	5
Diathesis stress-model .....	5
Den socialmedicinske model .....	5
Den bio-psyko-sociale sygdomsmodel (BPS) .....	5
Sygdomsadfærd og -modeller .....	7
Compliance (adherence) .....	7
Forsvarsmekanismer (håndtering af angst) .....	7
Coping (håndtering af sygdom): .....	7
Coping-strategier .....	8
Sygdomsadfærd (Cumming, Becker og Maile, 1980) .....	8
Sygdomsmodeller .....	8
Patienten og familien .....	9
Patientrollen (anno 2007) .....	9
Familien som medpatient og familiens betydning for sygdom .....	9
Ressourcer og sociale relationer .....	10
Sociale relationer .....	10
Begyrebmodel over sociale relationer (social netværks betydning) .....	10
Trivselsbræk/sundhedsbrøken .....	11
Stress-buffer-teorien .....	11
Teorien om direkte effekt .....	11
Netværkskort (det sociale netværks betydning) .....	11
Trivselstrekanten/modellen .....	12
Livslinjen (begivenheders betydning) .....	12
Lægen og hans arbejde .....	13
Lægens identitetsdannelse .....	13
Lægerollens kendetegn .....	13
Lægens adfærdsmønstre .....	13
Lægens 7 forskellige roller .....	14
Positionering .....	14
Profylakse (forebyggelse) .....	15
Profylakse af ældre .....	15
Konsultationen .....	16
Konsultationsprocessen .....	16
Indfaldsvinkel til konsultationen .....	16
Kommunikationsteorier .....	17
Samtalens lag .....	17
Gensvarsmodellen .....	18
Transaktionsanalyse .....	19
Bio-etiske principper for kommunikation i sundhedssektoren .....	19
Oplevelsesbaseret kommunikation .....	19
Den patientcentrerede metode .....	20
Den motiverende samtale .....	20
Direktiv vejledning: .....	21
Non-direktiv vejledning: .....	21
Sundhedspsykologiske begreber .....	22

## Sundhed og sygdom

---

### **Sundhedsbegrebet**

Normativt begreb om en persons trivsel og egenskaber, som indbefatter medicinske, psykiske, kulturelle og sociologiske faktorer. Sundhed opfattes individuelt alt efter ens referenceramme. Derfor skal pt. vurderes individuelt under konsultationen. Sundhed forbindes ofte med værdierne: energi, vitalitet og modstandskraft (evnen til at modstå og beherske sygdom).

Sundhed er en tilstand af fuldstændig fysisk, social og psykisk velbefindende (WHO's definition).

<b>Ressourcer</b>	<b>Belastninger</b>
Godt socialt netværk	Udviklingskriser
God uddannelse	Traumatiske kriser
Intelligens	Helbredsproblemer
God opvækst	Sociale forhold
Selvtillid	
Positiv livsindstilling	

### **Årsager til sygdom:**

- arv
- omgivelser/miljø
- individets sårbarhed (genetisk, vilkår af livet)
- adfærd (livsstil, coping, sense of coherence, sundhedsadfærd)
- psykologiske faktorer
- fysiologiske processer

### **Konsekvenser af sygdom:**

- helbredsmæssige
- adfærdsmæssige
- psykologiske
- sociale

## **Abraham Maslows behovspyramide**



## **Sundheds- og sygdomsopfattelse (på tværs af religioner og kulturer)**

Der findes forskellige opfattelser af sygdom og sundhed grundet forskellige religioner og kulturer.

Betydningsfulde faktorer for opfattelsen af sundhed og sygdom:

- Kulturbetinget – opfattelse af symptomers betydning (i Asien har selv de mindste symptomer specifikke sygdomsbetegnelse, som kan afvige meget fra vestlig lægevidenskabs opfattelse: fx det balinesiske sjæletabsbegreb, hvor man taler om sjæletab, hvis man er præget af negative følelser)
- Metafysisk eller naturvidenskabelig opfattelse, etnocentrisme og referencerammer
- Forskellige socialklasser, uddannelsesniveau samt køn og alder
- Religion (det overnaturlige kan tilskrives sygdomsårsagen)
- Sociale forhold såsom omgangskreds eller miljø

## **Kønssforskelle i sundhed og sygdomme**

*Kvinder opsøger i højere grad lægen end mænd (dobbelt så mange kvinder klager over gener)*

- Ingen konkrete forklaringer på hvorfor, men mange hypoteser – manglende forskning. En hypotese er, at det er mere accepteret for kvinder at opsøge lægen. Mænd opfattes svage i modsætning hertil.

*Mænd går kun til lægen når det er alvorligt modsat kvinder*

- Statistik viser, at mænd i højere grad får stillet en reel diagnose når de så endelig opsøger lægen. Derimod går mange kvinder hjem uden en diagnose på noget alvorligt – de går til lægen med selv mindre ting.

*Samme antal årlige indlæggelser for både mænd og kvinder*

Dette skal ses i kontrast til, at mænd kun går til læge når det er alvorligt.

*Mænd drikker flere genstande ugentligt end kvinder*

Kan være forklaringen på at mænd i højere grad får mavesår og sygdomme i mavearmkanalen.

*Kvinder lever længere men har flere perioder med gener*

Den øgede levealder kan hænge sammen med at dobbelt så mange kvinder som mænd spiser sundt.

## Sygdomsteorier

---

### ***Den biomedicinske sygdomsmodel (apparatfejlsmodellen)***

I den biomedicinske sygdomsmodel fokuseres på soma og det rent biologiske. Dvs. en adskillelse af psyke og soma i forhold til vurdering af patienten. Modellen klassificerer sygdomme ved patoanatomiske forandringer. Det er lægens ansvar alene at genoprette patientens velvære (paternalistisk).

Begrænsninger i modellen:

- Anvendelsen af placebo (manglende biologisk forklaring)
- En række lidelse har ingen biomedicinsk årsag men psykisk
- Giver ikke forståelse af patienten som sådan
- Giver ikke forståelse af sygdommens årsager på forskellige niveauer (bakterier, individuel modtagelighed, sociale forhold mm)

Modellen omtales ofte som apparatfejlsmodellen, hvor kroppen fx kan sammenlignes med en bil. Sygdom kan være en defekt motor i bilen (organ i kroppen) som så skal repareres eller udskiftes.

### ***Den psykodynamiske sygdomsmodel***

Forgænger for moderne sundhedspsykologi som et modstykke til den biomedicinske model. Her inddrages det psykiske aspekt for første gang. Modellen sagde, at somatiske sygdomme var forårsaget af ubevidste følelsesmæssige konflikter. Modellen stod dog ikke mål med virkeligheden.

### ***Diathesis stress-model***

Udspringer fra den bio-psyko-sociale sygdomsmodel. Modellen siger at personer kan være genetisk disponerede for sygdom, men udvikling af sygdom sker kun ved katalyse ved bestemte psykologiske eller sociale forholds tilstedeværelse.

### ***Den socialmedicinske model***

Fokus på eksterne sygdomsårsager og forebyggelse heraf ved epidemiologiske undersøgelser af risikofaktorer såsom kost, boligforhold, forurening, miljø, opvækst, arbejde mm. Dvs. fokus er uden for det enkelte individ.

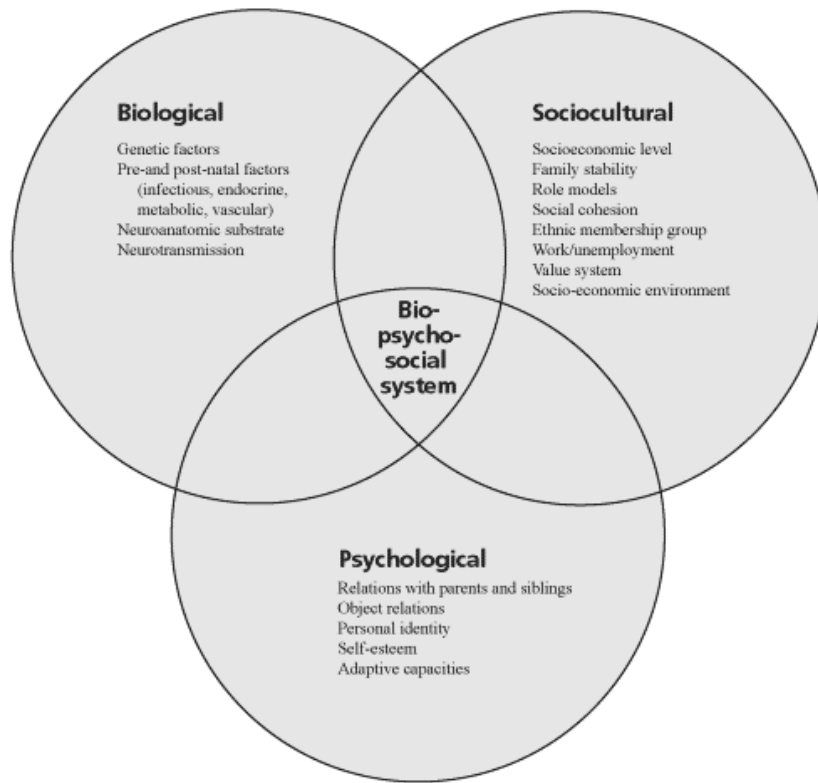
### ***Den bio-psyko-sociale sygdomsmodel (BPS)***

Biologisk, psykologisk og sociologisk vinkel må inddrages i forståelsen af faktorer som influerer på sygdom og sundhed. I sygdomsøjemed er det derfor essentielt at medtage alle 3 faktorer i sin vurdering af patienten for at få en fyldestgørende, helhedspræget og dynamisk sygdomsopfattelse. I BPS-modellen er patienten en aktiv medspiller i genoprettelsen af sit helbred. Patienten har det overordnede ansvar, mens lægen er rådgiveren. Her spiller compliance derfor en stor rolle.

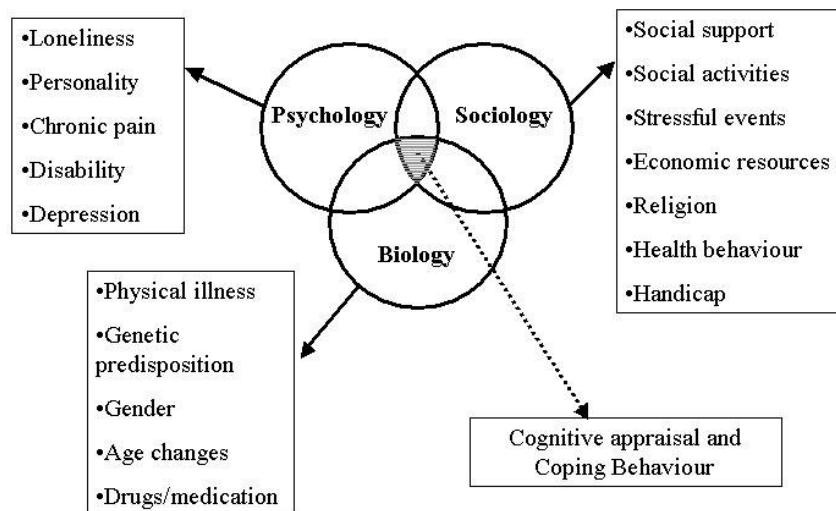
Modellen har udgangspunkt i en metateori, som foreskriver, at den menneskelige organisme er et komplekst system, hvori biologiske og psykologiske komponenter indvirker på hinanden, samtidig

med at organismen er en del af et socialt/omgivende system. Dvs. at det ikke blot er fysiske faktorer som virus, bakterier og gener, men også psykologiske faktorer såsom adfærd, holdninger og sociale faktorer (psykosociale arbejdsforhold), som influerer på patientens sygdom.

Dvs. patienten selv former sine omgivelser ved intentionelle handlinger.



### The Bio-Psycho-Social model



## Sygdomsadfærd og -modeller

---

### **Compliance (adherence)**

Compliance er patientens evne til at efterleve lægens anvisninger og retningslinjer.

Forudsætninger for god compliance:

- Hensynstagen til patientens autonomi
- Indfri patientens forventninger og afhjælpe patientens frygt
- Det verbale – effektivt rådgivning v. den patientcentrerede metode og motiverende samtale
- Det nonverbale, vise empati
- Kendskab til patienten

God konsultation => høj compliance (75 %)

Dårlig konsultation => lav compliance (31 %)

### **Forsvarsmekanismer (håndtering af angst)**

Angst er en reaktion på en trussel og håndteres typisk på følgende måder:

- fornægtelse: sygdomstegn ignoreres, non-compliance
- forskydning: man lader vreden over chefen gå ud over en underordnet person
- rationalisering: følelsen af skam og skyld fjernes fra bevidstheden ved en fornuftig forklaring
- projektion: flytte følelser over på en anden
- reaktionsdannelse: udviser følelser der er i diametral modsætning til de følelser man har i sig
- sublimering: uacceptable drifter anvendes i en højere sags tjeneste. Fx kunstnerisk udfoldelse eller religiøs kærlighed.
- flugt: undgå kontakt med angstprovokerende behov
- annullering: det gjorte gøres ugjort
- fortrængning: problematiske forestillinger holdes væk fra bevidstheden
- isolation: følelsen isoleres fra forestillingen, så problematiske tanker kan tænkes uden at udløse affekt
- splitting: sort-hvid måde at anskue verden på
- idyllisering: urealistisk betoning af de positive træk
- specialness: troen på egen usårlighed
- troen på den ultimative frelser

### **Coping (håndtering af sygdom)**

Coping er den proces hvorved folk forsøger at håndtere den diskrepans (stress) mellem krav og ressourcer, der opleves i en stressfuld situation. Coping er situationsspecifikt.

Problemfokuseret coping: rationelle handlinger

Emotionsfokuseret coping: ændre følelser så de kan accepteres

- eustress = udfordrende stress
- distress = negativ lammende stress
- korttidsstress eller langvarig, kontinuerlig stress

## **Coping-strategier**

- Mønsterpatientstrategien: gør som sundhedssystemet siger og følger dets råd
- Give-op-strategien: pessimistisk og uden livskvalitet
- Passe på sig selv strategien: passiv og undgående
- Sygdomsminimeringsstrategien: sygdommen bagatelliseres og minimeres ift. hverdagslivet
- Det-blæser-jeg-på-strategien: benægtelse af sygdom og afvisning af vejledning fra sundhedssystemet
- Systemkritiksstrategien: kritik af og skepsis overfor sundhedssystemet

Valget af copingstrategi afhænger af:

- alder, livserfaringer, social position
- grad af social støtte
- en helhedsvurdering af situationen

## **Sygdomsadfærd (Cumming, Becker og Maile, 1980)**

14 teorier om sygdomsadfærd indeholdende 109 faktorer kan koges ned til følgende 6 faktorer:

- 1) tilgængelighed af sundhedsvæsenet
- 2) evaluering af sundhed og behandlingssystemet
- 3) individets opfattelse af symptomer og den trussel, det udgør
- 4) viden om sygdommen
- 5) det sociale netværk, sociale normer og strukturer
- 6) demokratiske karakteristika (familie, uddannelse og erhverv)

## **Sygdomsmodeller**

### **The health belief model:**

Modellen siger at graden af compliance afhænger af, hvorvidt patienten forventer at få gavn af dem. Det er i lyset af disse forventninger patienten træffer beslutning om hvordan han skal agere.

### **The theory of reasoned action (teorien om rationelle handlinger):**

Modellen siger, at alle handlinger er bevidste og bygger på omhyggelige overvejelser baseret på patientens viden, motivation og opfattelse. Adfærd er således under viljens kontrol. Patientens holdning er et udtryk for dets attitude og subjektive normer. Det essentielle i teorien er, at ændring i opfattelse medfører ændret adfærd.

### **The locus of control (Kassl og Cobbs):**

Locus of control er et udtryk for hvorvidt man anser helbredet for at være under ens kontrol eller ej. Man taler om internal og external locus of control:

Internal locus of control: man forventer/mener at helbred er noget man selv har indflydelse på

External locus of control: man forventer/mener at andre, fx læge, skæbnen eller en højere magt har afgørende indflydelse på helbredet.

### **The patient centered clinical method, shared understanding:**

Se den patientcentrerede metode



## **Patienten og familien**

---

### ***Patientrollen (anno 2007)***

- Den ny patient føler sig bedrevidende end tidligere, idet den har flere muligheder for at opsøge viden, fx på nettet (kan dog blive misinformeret).
- Den ny patient er ikke lige så autoritærtro som tidligere – vil have større medbestemmelsesret
- Den stiller højere krav til lægen og konsultationen – respekt for patientens autonomi, og hvad patienten mener. Despekt af patienten og dets meninger kan forårsage, at patienten går i ”barnejeg”-tilstand jf. transaktionsanalysemodellen.

Patienten er et bevidst reflekterende og engageret individ, der forsøger at tolke og forstå de forskellige tegn på sygdom inden for sin egen ikke-professionelle tolkningsramme.

### ***Familien som medpatient og familiens betydning for sygdom***

Patientens familie (og venner og bekendte) kan jf. begrebsmodellen over sociale relationer have både en positiv og negativ betydning og indflydelse på denne. Følgende faktorer kan influere på patienten:

- familiær disposition af sygdomme
- social arv: fx misbrug, uddannelsesniveau
- etik/normer, forventninger
- religion, traditioner
- opbakning og misbrug? (kan være medvirkende til øget risiko for selv at blive misbruger)
- omgangskreds/familiemiljø (fx Huygens familien)

## Ressourcer og sociale relationer

---

### **Sociale relationer**

Relationer er typisk dynamiske og ændrer sig gennem hele livet. Antonnucis ”convoy”-model beskriver individet som et centralt skib, med skibe (relationer) sejlene rundt omkring dette. Afstanden mellem det centrale og de øvrige skibe illustrerer graden af deres tilknytning til hinanden. Forskning peger på at få eller mangel på støtte fra sociale relationer øger modtageligheden for sygdomme og/eller forsinker helbredelsen af disse (Cohen). Parforhold er en styrke for mænd, men ofte en belastning for kvinder i et sygdomsforløb.

De sociale relationer påvirker helbredet ved at øge den immunologiske modstandskraft ifl. Cohen et al. De påviste fx en sammenhæng ml. det sociale netværk og risikoen for at blive forkølet. Der var 4x øget risiko for personer med færrest relationer.

Kiecolt-Glaser fandt ud af at mangel på sociale relationer => stress => nedsat immunktion (færre T-lymfocytter)

### **Begrebsmodel over sociale relationer (social netværks betydning)**

Modellen dækker over begreberne **sociale relationer** (overordnet), **socialt netværk** (struktur) og **social støtte** (funktion).

Det strukturelle = kvantitativt.

Det funktionelle = kvalitativt.

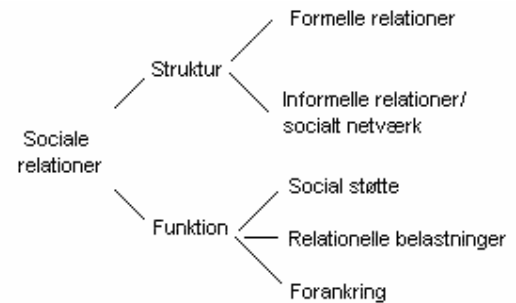
#### **Relationel belastning:**

Det er ikke kvantiteten af de sociale relationer, men derimod det kvalitative som er afgørende. Relationer kan således også være belastende. Fx pårørende til demente kan finde det givende at passe den demente, men det er også fysisk/psykisk belastende i længden.

**Netværkskortet** kan overføres til begrebsmodellen (de strukturelle relationer):

Formelle relationer: intermediære sfære og ydre sfære

Informelle relationer: intimsfæren



Sociale relationer - en begrebslig model (Due et al, 1999)

## Trivselsbrøk/sundhedsbrøken

Man opnår en følelse af trivsel/sundhed, såfremt ens ressourcer overstiger ens problemer.

$$\frac{\text{Ressourcer}}{\text{Problemer}} = \text{Trivsel/sundhed}$$

Ressourcer: fx familie, venner, arbejde, hobby.

Problemer: fx personlige problemer, dødsfald i nærmeste familie, firing fra jobbet mm.

Højt niveau af ressourcer giver større mulighed for at mestre og håndtere sine sygdomme.

## Stress-buffer-teorien

Teorien siger, at sociale relationer afbøder virkningen af stressorer og stress.

Stressorer: faktorer der giver anledning til stress

Stress: fysiologisk reaktion som respons på stressorer

## Teorien om direkte effekt

De sociale relationer påvirker ikke ved afbødning af stressbelastning (som stress-buffer-teorien) men "direkte" gennem 3 forskellige påvirkninger:

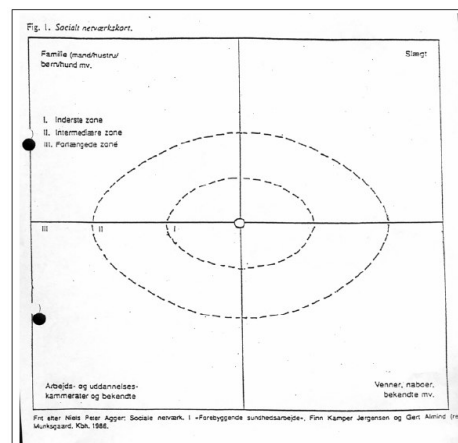
- 1) forbedret sundhedsadfærd hos mennesker med mange relationer (ikke nødvendigvis rigtigt)
- 2) styrket selvværd og ressourcer
- 3) øget velbefindende

## Netværkskort (det sociale netværks betydning)

Modellen giver et billede af patientens relationer til familie, venner, bekendte, familie samt arbejde. Det er inddelt i 3 zoner/sfærer, rangeret efter intimitetsgraden med højest opnået intimitet i 1):

- 1) Intimsfæren
- 2) Intermediære sfære
- 3) Ydre sfære

Et fyldigt og solidt socialt netværk kan alt andet lige betragtes som et godt værn mod kriser og andre alvorlige begivenheder i livet (øgede ressourcer jf. trivselsbrøken).

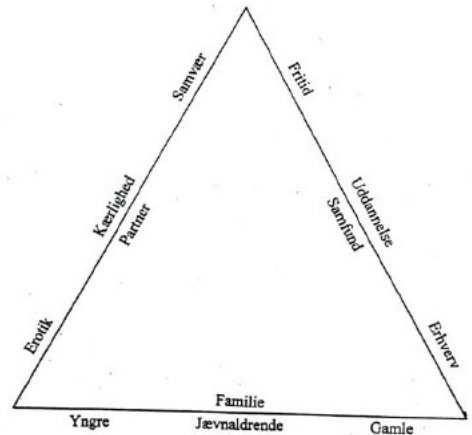


### **Trivelsestrekanter/modellen**

Modellen kan ligesom netværkskortet give en indikation af patientens ressourcer. Giver et billede af om patienten er alene med sine problemer eller om der er ressourcer til at hjælpe til under sygdom. Kan bruges til vurdering af patientens livssituation.

Anvendes også terapeutisk af lægen til at danne et overblik over patientens forcer og problemer, som man dermed kan tage hånd om.

Der skal være balance i trekanten.



### **Livslinjen (begivenheders betydning)**

Livslinjen kan give en indikation af indtrufne begivenheders betydning for patienten, positivt såvel som negativt. Kurven er selvsagt arbitrær. Den fortæller om patientens livshistorie og sygdomsforløb, og kan bruges terapeutisk med patienten til at få et overblik. Kurvens forløb giver desuden også et billede af patientens ressourcer under konkrete perioder.

## Lægen og hans arbejde

---

### **Lægens identitetsdannelse**

Alle begivenheder og påvirkninger gennem i livet er medvirkende til lægens identitetsdannelse – privat så vel som professionelt. Lægens identitet påvirkes således:

- genetisk
- socialt/opdragelse
- studiet (det faglige er i højsædet, dvs. der er ikke så stor mulighed for at skinne igennem med sin private profil grundet fagets struktur)
- oplevelser/erfaringer

Der skal desuden være en balance ml. privatperson og lægerollen.

Samfundet har dog også forventninger/opfattelse af lægens identitet, fx:

- autoritet
- faglig kompetence
- lægens forventninger til sig selv (selvtillid)

### **Lægerollens kendetegn**

- medicinske kvalifikationer/færdigheder
- sin rolle
- personlighed (normer, holdninger, erfaringer mm.)
- en del af en institution
- at skulle indfri patientens forventninger

### **Lægens adfærdsmønstre**

Lægens adfærd afhænger af 3 forhold:

- samfundsrelaterede forhold
- patientrelaterede forhold
- lægerelaterede forhold (variation af lægers personlighed)

Lægen kan være:

- **assertiv** (selvsikker: står fast i sine holdninger; ligevægt i forhold: er positiv over for patientens holdning, og er dermed indbydende og respektfuld)
- **submissiv** (usikker: har en følelse af frygt og uro for mødet med patienten, og har derfor mangel på autoritet, og er ydmyg og underdanig)
- **aggressiv** (konfronterende på en konfliktskabende måde; er dominerende, føler sig overlegen, er stædig, truer og er sarkastisk)

**Paternalistisk adfærd:** lægen deltager aktivt i beslutningsprocessen ved at påvirke patienten

**Autonomiprincippet:** ansvaret overlades til patienten som får råd af lægen til at foretage den for patienten rigtige beslutning

## **Lægens 7 forskellige roller**

Lægen kan indtage 7 forskellige overordnede roller ifl. en canadisk undersøgelse (CanMEDS 2000). Ved at tilpasse rollerne ift. den enkelte patient, opnås den bedste konsultation – dvs. også en høj compliance. Det handler altid om at være patientorienteret.

### **1) Medicinsk ekspert**

- lægen som har studeret lægevidenskab og tilegnet sig diagnostiske og terapeutiske færdigheder for at udføre etisk og effektiv patientbehandling og konsultation
- lægen kender det normale = forudsætning for at behandle sygdom

### **2) Kommunikator**

- optage anamnese og indhente information fra patienter, pårørende og evt. andre
- lytte effektivt og diskutere relevant information med patienter, pårørende samt kolleger

### **3) Samarbejder**

- samarbejder effektivt med andre læger og sundhedspersonale
- bidrager effektivt i tværfaglige aktiviteter

### **4) Administrator/leder/organisator**

- anvender og prioriterer ressourcer effektivt og afbalancerer med hensyn til patientbehandling, uddannelse og eksterne aktiviteter
- fx at administrere almen praksis med materialer og økonomi
- ansvar for sig selv og andre (patienter og kolleger)

### **5) Sundhedsfremmer**

- bidrager effektivt til øget sundhed hos patienter og i samfundet
- erkender og reagerer på områder hvor oplysning er påkrævet

### **6) Akademiker**

- kontinuerlig uddannelse (teoretisk forståelsesramme)
- vurdere information kritisk (kritisk refleksion)
- undervisning af patienter, yngre læger, studerende og andet personale
- bidrag til udvikling af ny viden (forskning/kvalitetsudvikling)

### **7) Professionel**

- yder høj kvalitet i patientbehandling med integritet, ærlighed, medfølelse
- udviser passende personlig og medmenneskelig adfærd
- praktiserer i etisk overensstemmelse med lægeløftet
- værdier: tillid, værdier, etik, strategi, tavshedspligt, samfund og kultur

## **Positionering**

Begrebet positionering dækker over, hvilken rolle lægen påtager, og hvordan han placerer sig ift. patienten. Fx ved lægens udstråling, udseende og/eller opførsel. Lægens positionering formes efter lægens opgaver og patientens forventninger til lægen. Eksempel: læge vil være assertiv/ligeværdig, men patient vil være submissiv/underdanig.

## **Profylakse (forebyggelse)**

Profylakse opnås ved faglig kompetence og god patientrådgivning ved brug af fx den patientcentrerede metode og den motiverende samtale (individualiseret og uden at være nedgørende og moraliserende).

**Primær profylakse** (inden sygdomsindtræden – forhindre at sygdom opstår):

- Vacciner
- Screening
- Rådgivning (rejseprofylakse: vacciner, undgå beskidt vand mm)
- Undgå livsstilssygdomme (fedme – se på kostvaner; stress – vurdere arbejdsmængde og fritid)

**Sekundær profylakse** (under sygdom – behandling af sygdom):

- forhindre udbredelse af sygdom (fx fedme, alkoholmisbrug, rygning og stress)
  - fedme/diabetes: kostomlægning
  - rygning: stop med rygning / nedtrapning (samme for alkohol)
- stoppe sygdom (medicin, fri fra arbejde, motion mm.)

**Tertiær profylakse** (efter sygdom – forhindre at den kommer igen):

- fx forbedret arbejdsstilling ved ryg/nakkeproblemer (typisk tegn er hovedpine)
- at støtte hele underarmen ved museskader
- sørge for at patienten ikke ryger efter rygestop eller drikker igen efter rehabilitering

**Skemaer er super til profylakse!**

## **Profylakse af ældre**

Profylakse gælder alle aldersgrupper – også ældre/gamle selvom det kan virke som spild af systemets ressourcer (Alderdom fra Allmenmedisin).

**Primær:**

- Blodtryksbestemmelse
- Motion (godt for det kardiovaskulære system og forebygger benbrud, effekt på mange kroniske sygdomme, fx hypertension, osteoporose, KOL mm.)
- Ulykkesforebyggende tiltag (færden i trafik, offentligt rum og i hjemmet)

**Sekundær (mest væsentlig hos ældre):**

- Løbende helbredstjek
- Årlig vurdering af medicinindtag

**Tertiær:**

- Modvirke effekter og komplikationer af eksisterende sygdomme ved optimal behandling og rehabilitering
- Forhindre tilbagefald af diverse sygdomme

# Konsultationen

---

## **Konsultationsprocessen**

Man kan dele konsultationen op i følgende 3 dele:

### **Patientdel:**

Emne/indhold (hvad skal konsultationen handle om)

Patientens fortælling/sygehistorie (4 F'er: funktionsnedsættelse, forestillinger, følelser/frygt og forventninger)

### **Lægedel:**

Fagligt filter (frasortere ikke lægerelevant stof, såsom problemer med arbejdsgiver)

Diagnoseprocessen (diagnostisk interview, objektiv undersøgelse, laboratorieprøver, konklusion)

### **Fællesdel:**

Konklusion (handlemuligheder, kostplan mm)

Plan (hvordan det gribes an)

Informeret samtykke fra patienten

Sikkerhedsnet (mødes igen om X dage/uger)

## **Indfaldsvinkel til konsultationen**

- 1) Den biomedicinske: apparatfejlsmodellen
- 2) Den sociologiske: forklaring på lægen og patientens adfærd og se på hvordan disse influerer på konsultationen med deres forskellige normer/opfattelser
- 3) Den antropologiske: patienter fra forskellige kulturer opfatter og beskriver sygdom forskelligt fra hinanden – og dermed er der også variation af lægens valg af behandling
- 4) Den transaktionsanalytiske: hvilke jeg-tilstande der kommunikerer ml. i konsultationen
- 5) Den psykoterapeutiske (Balint): i næsten alle konsultationer ligger der et psykologisk element som lægen må tage sig af – og således være bevidst om.
- 6) Den patientcentrerede metode (samspil):
  - 1) udforske patientens ideer
  - 2) at nå til en fælles opfattelse (shared understanding)
  - 3) opnå enighed om, hvordan problemet bedst løses



# Kommunikationsteorier

---

## **Samtalens lag**

En samtale er en kompliceret social proces, hvor man udveksler informationer ved forskellige former og dybder af kommunikation. Fortroligheden/dybden af disse samtaler kan fx beskrives ved 4 forskellige lag:

**Klichelag** – overfladisk, præget af klicheer – indledende klicheer kan være inviterende/åbne eller afvisende/lukkende for samtaleens videre forløb – en upersonlig kontakt.

Person 1: Sikke et godt vejr vi har i dag

Person 2: Ja, de siger, at det varer ugen ud.

**Rollelag** – stadigvæk upersonlig kontakt, men i et lag præget af forventninger til personernes roller – fx læge/patient-rollerne.

Person 1 (læge): Hvad kan jeg hjælpe dig med?

Person 2 (patient): Jeg har forfærdelig ondt i nakken

**Fortrolighedslag** – på et dybere lag end rollelaget, hvor man taler indforstået med hinanden. Der udveksles i højere grad intime og tillidsfulde samtaler i dette lag. Højere grad af åbenhed og tilstedeværelse af samtalepartnerne.

Person 1 (ven 1): Kan du huske sidste sommer på molen?

Person 2 (ven 2): Nå ja, der hvor vi spottede efter søde piger, mens konerne var væk.

**Autentiske lag** – maksimal grad af fortrolighed, intimitet og her-og-nu tilstedeværelse parterne imellem. Et egentlig jeg-og-du-forhold.

Person 1: Hvordan har du det med din ekskone efter i går?

Person 2: Godt, måske vi finder sammen igen.

En samtale er som førnævnt kompleks, og der er i ovenstående model ikke taget hensyn til fx køn, gensvar, samtalepartnerne personlighed mm.

Kort sammenfattet:

<b>Cliché-lag - at mødes, "god dag"</b>
<b>Rolle-lag - at tale om, "man"</b>
<b>Fortroligheds-lag - at betro sig / at "sladre"</b>
<b>Autentisk lag - jeg-du, her og nu</b>

## **Gensvarsmodellen**

Der findes forskellige former for gensvar, som alle har betydning for en samtales udvikling. Man taler om følgende typer:

*Lyttende – ikke lyttende*

*Udvidende – afgrænsende*

*Affektiv – kognitiv*

*Konfronterende – tildækkende*

**Lyttende (interesseret):** viser at du har hørt hvad patienten har sagt (fx non-verbalt: interesseret blik, opmærksom mimik, åben kropsholdning, små nik, lyttelyde og gentagelse af det man har hørt)

**Ikke-lyttende (ligeglåd):** viser at du IKKE har hørt hvad pt. har sagt

**Udvidende (åbner samtalen):** søger at udforske patientens verden  
Eksempel: ”Hvad tror du det skyldes?”

**Afgrænsende (lukker samtalen):** søger at konkretisere  
Eksempel: ”Hvad er din temperatur?”

**Affektivt (følelser):** forholder sig til det følelsesmæssige  
Eksempel: ”Er det noget der bekymrer dig?”

**Kognitivt (fakta):** forholder sig til det konkrete og faktuelle  
Eksempel: ”Du kan sagtens løbe efter din knæoperation”

**Konfronterende (åben og direkte):** kontant og konfronterende svar  
Eksempel: ”Har du overvejet at motionere?”

**Tildækkende (lukkende):** forsøger at lægge låg på samtalen  
Eksempel: ”Det går nok alt sammen”

## **Transaktionsanalyse**

Modellen anvendes til at beskrive eventuelle skævheder i kommunikationen, og hvilken jeg-tilstande samtaleparterne indtager. Den bygger på 3 jeg-tilstande:

- Forældre-jeg (erfaringsgrundlag og værdinormer)
- Voksen-jeg (analytisk tænkende og rationelt handlende)
- Barne-jeg (nysgerrighed, fantasi, impulsivt, spontanitet, kreativt og udtrykker oftest følelser)

Man taler om 3 forskellige typer transaktioner:

**Simpel** – kommunikation mellem samme jeg-tilstand (fx barn-barn, voksen-voksen og forældre-forældre)

**Komplementær** – parallel kommunikation mellem 2 forskellige jeg-tilstande (fx barn-voksen og voksen-barn)

**Krydset** – der spørges fra én jeg-tilstande men svares fra en anden jeg-tilstand end tiltænkt (fx voksen-voksen og barn-forældre)

Krydset transaktion er typisk tegn på uklar kommunikation, men er det ikke nødvendigvis.

## **Bio-etiske principper for kommunikation i sundhedssektoren**

Autonomi: patientens ret til selvbestemmelse

Værdighed: respekt for patientens personlighed

Integritet: respekt for fysiske og mental sfære

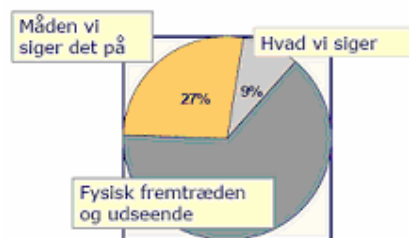
Sårbarhed: respekt for den udsatte situation

## **Oplevelsesbaseret kommunikation**

Betydningen af det nonverbale ses udtryk i diagrammet:

91 % = det nonverbale ("fysisk fremtræden og udseende" samt "måden vi siger det på")

9% = det verbale ("hvad vi siger")



Ørnbo, Sneppen og Würtz (2004)  
Oplevelsesbaseret kommunikation

## ***Den patientcentrerede metode***

Tager udgangspunkt i at patienten er et selvstændigt og selvtænkende individ, og at der derfor skal tages hensyn til patientens følelser og tanker om sine sygdomme. Metoden er bogstaveligt talt centreret om patienten, med respekt for dets autonomi (selvbestemmelsesret) – modsætning: heteronomi.

Patienter er som forbrugere. De har forventninger og krav til lægen, og kan udfordre hans autoritet. De kræver samarbejde. Derfor anvendes den patientorienterede metode.

Stikord:

- individualisering
- respekt for patientens autonomi, integritet, tanker og holdninger
- lægen er rådgiver/coach
- patienten foretager en beslutning af lægens råd

## ***Den motiverende samtale***

Af navnet, en motiverende samtale med patienten med respekt for dets autonomi og opmuntrende rådgivning i højsædet. Man skal være pædagogisk og empatisk. Motivation er en tilstand af parathed til forandring.

Grundlaget for den motiverende samtale er at finde ud af hvor patienten er (stadie) og hvordan man hjælper patienten videre med sit problem – og aktivere og dermed motivere patienten.

Forudsætningen for dette er et bæredygtigt forhold patient og læge imellem – PEARLS: Partnerskab, Empati, Accept, Respekt, Legitimering, Support.

**Forandringens hjul** er en model som beskriver 6 stadier som man gennemgår når man ændrer adfærd:

- 1) Det før-overvejende stadie (ikke motiveret til at ændre adfærd og gør derfor ikke noget ved det – enten er/vil problemet ikke erkendes)
- 2) Det overvejende stadium (problemet anerkendt, men ambivalent følelse om at det ikke kan lade sig gøre – lægen skal fjerne usikkerheden/ambivalensen, fx ved et balanceskema)
- 3) Beslutningsstadiet (beslutning om adfærdsændring taget – lægen skal styrke selvtilliden og troen på at det kan lade sig gøre)
- 4) Handlingsstadiet (lægen bidrager med løsninger i samarbejde med patienten – en balancegang ml. **direktiv** og **non-direktiv vejledning**; lægen støtter desuden og giver praktisk vejledning.)
- 5) Vedligeholdelsesstadiet (risici for tilbagefald identificeres og behandles – typisk den bagvedliggende årsag)
- 6) Tilbagefald (det vigtigste er at patienten kommer videre/tilbage i hjulet og ikke låses fast i dette stadie – dvs. at patienten starter fra det "før-overvejende stadie" igen)

**Undgå fælderne:**

- 1) Ekspertrollen (pas på med at brænde ind med følelsen af afmagt, fordi patienten ikke adlyder opfordringer og dine/ekspertens råd)
- 2) Argumentation/mod-argumentation (kom ikke udelukkende med sagens gode vinkler – belys også det negative, så patienten ikke brænder inde med dem)

- 3) Spørgsmål/svar (lukkede/åbenlyse gensvar kan pacificere patienten – sørg for at stille åbne/reflekterende gensvar)
- 4) Vær ikke utålmodig (ting tager tid, gode ting tager lang tid – husk at minde patienten om at vedkommende klarer det godt)
- 5) Undgå for mange informationer (hellere 2 korte end 10 lange sætninger – patienten bliver unødigt forvirret)
- 6) Overhør ikke patientens modstand (lyt til patienten, accepter patientens følelser og holdninger, men du behøver ikke nødvendigvis være enig)

### **Direktiv vejledning:**

Vejledningen tager udgangspunkt i lægens egen holdninger, viden og erfaringer til at føre patienten i en bestemt retning/mål. Patienten er mere passiv.

### **Non-direktiv vejledning:**

Lægen udforsker patientens følelser og lader patienten bestemme indhold, retning og mål for rådgivningen. Lægen hjælper patienten til at finde løsninger. Patienten er aktiv.

## Sundhedspsykologiske begreber

Begreb	Beskrivelse
Bakteriel	Bakterieforårsaget (fx lungebetændelse)
Disease	En sygdom i biomedicinsk forstand, som er stillet ved diagnose efter anamnese og objektiv undersøgelse
Doktrin	Livsopfattelse af sygdom (fx med erfaringer fra egen familie, venner eller bekendte)
Hardiness	Psykisk robusthed
Illness	Patientens fortolkning af følelsesmæssige oplevelser og sanseindtryk fra kroppen
Incidens	Nyt tilfælde
Patogenese	Oprindelsen af sygdomme (dets opståen og udvikling)
Præcedens	Kronisk tilfælde
Referenceramme	Lægen og patientens syn på årsagsvirkningsforholdet om et helbredsproblem. Desuden den baggrund af begreber, synspunkter, sædvaner o.l., på hvilken måde man opfatter og vurderer ting og handler på.
Resilience	Ukuelighed
Salutogenetisk	Sundhedsfremmende
Sense of coherence	Generelle modstandsressourcer. Handler om oplevelsen af sammenhæng i tilværelsen (verden er forståelig, overkommelig og meningsfuld). En stærk sense of coherence har vist sig at være korreleret til lavere mortalitet (Surtees, 2003).
Viral	Ikke bakterielforårsaget
Ætiologi	Læren om sygdomsårsager

Skematisk sammenligning af disease ⇔ illness:

		At være syg	
		+	-
At føle sig syg	+	Lungekræft	Let stress
	-	HIV	Rask