

Nr. 1 2001

Den motiverende samtale

Dansk selskab for almen medicin

Arbejdsgruppen bestod af:

Carl Erik Mabeck

Hans Kallerup

Margareta Maunsbach

Lægefaglig konsulent: Asmus Thun Bisgaard (DSAM)

Udgivet af :

Dansk selskab for almen medicin

i samarbejde med og med støtte fra

Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegerning

Nr. 1 2001

Den motiverende samtale

Dansk selskab for almen medicin

Arbejdsgruppen bestod af:

Carl Erik Mabeck

Hans Kallerup

Margareta Maunsbach

Lægefaglig konsulent: Asmus Thun Bisgaard (DSAM)

Udgivet af :

Dansk selskab for almen medicin

i samarbejde med og med støtte fra

Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegering

© Den Almindelige Danske Lægeforening

ISSN: 1398-1560

Løssalg af Klaringsrapporter

kr. 40,00 + porto

Lægeforeningens forlag

Esplanaden 8A

1263 København K

Telefon 35 44 83 01

E-post forlaget@dadl.dk

Produktion

Lægeforeningens forlag, København

Tryk

Scanprint a/s, Viby J.

INDHOLD

Forord	3
Den motiverende samtale	4
Etiske overvejelser	4
Ambivalens	4
Hvad er den motiverende samtale?	5
Teoretiske begrebsrammer	5
Patientcentreret samtale	5
Voksenlæring	6
»Personal awareness«	6
Forandringens hjul	7
Praktisk gennemførelse	7
Lytte – og lytte aktivt	8
Læge-patient-forholdet	8
Balanceskema	8
Tid, timing og strategi	9
Resumere	9
Slut positivt	9
CAVE!	10
Ekspertrollen	10
Informationer modificeres	10
Mod-argumentation	10
Skræmmebilleder	11
Spørgsmål-svar-fælden	11
Utålmodighed	11
For mange informationer	11
At overhøre modstand	11
Patientens afvisning – afvisning af patienten	11
Urørlighedszonen	11
Den nemme og flinke	11
»Blaming the victim«	12
Afslutning	12
Litteratur	12
Balanceskema	9

FORORD

DSAM har startet en proces med det formål at udarbejde evidensbaserede, kliniske vejledninger, som skal være en interkollegial hjælp i det daglige kliniske arbejde på udvalgte faglige områder. Da den første kliniske vejledning om forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom var færdig, var det åbenlyst for DSAM's bestyrelse, at der manglede information om samt hjælp og inspiration til, hvordan vi kan tale med og motivere den enkelte person til helbredsmæssigt relevante livsstilsændringer. Vi bad *Carl Erik Mabeck*, *Hans Kallerup* og *Margareta Maunsbach* om at udarbejde en inspirerende pjece, som kan bruges i implementeringsfasen af de kliniske vejledninger.

At arbejde med den motiverende samtale er et spring fremad inden for klinisk medicin, og bestyrelsen har med denne pjece ønsket at inspirere den enkelte læge, tolvmandsgrupper og andre til at arbejde med emnet.

»Den motiverende samtale« er ikke en evidensbaseret vejledning, men en pjece som beskriver metoder og principper baseret på anerkendte teorier og klinisk erfaring. Arbejdsgruppen har gjort det på »deres måde« og lægger ikke skjul på, at der findes andre metoder og principper.

Bestyrelsen konstaterer med glæde, at almen medicin har flere grupper, som arbejder videnskabeligt og undervisningsmæssigt med emnet, og som alle er med i forreste række med henblik på at udvikle dette område. Vi ønsker således at gøre læseren opmærksom på, at der i 1999 i Månedsskrift for Praktisk Lægegerning har været en række gode artikler, der berører emnet (se litteraturlisten). Læseren henvises derudover til litteraturlisten, som indeholder flere spændende artikler og bøger.

På vegne af bestyrelsen ønsker jeg hermed at takke arbejdsgruppen for veludført og inspirerende arbejde, ligesom jeg ønsker vore kolleger – medlemmer såvel som ikke-medlemmer – god læselyst.

Torsten Lauritzen
 Formand, DSAM
 August 1999

DEN MOTIVERENDE SAMTALE

DSAM har anmodet os om at beskrive mulighederne for gennem samtalen at motivere patienter* til at tage og gennemføre beslutninger om adfærdsændringer med det formål at leve sundere. Baggrunden for dette initiativ er en erkendelse af, at langt de fleste af vor tids store folkesygdomme og helbredsrisici er livsstilsrelaterede. Det gælder iskæmiske hjertesygdomme, kronisk obstruktiv lungelidelse, diabetes mellitus, leversygdomme, lidelser i bevægeapparatet og mange nervelidelser. Det gælder også en lang række risikofaktorer som stress, overvægt, alkoholisme, arteriel hypertension, rygning, dyslipidæmi m.m.

Selv om lægen har adgang til medikamentelle løsninger på mange af disse problemer, er det DSAM's opfattelse, at livsstilsrelaterede helbredsproblemer primært skal forebygges gennem ændringer i adfærd og livsstil og sekundært gennem medikamentel behandling.

Lægen skal motivere patienten til at leve sundere og forebygge sygdom. Men hvad enten løsningen er forebyggelse gennem livsstilsændringer eller medikamentel behandling, er det i praksis et stort problem, at kompliance, dvs. efterlevelse af lægens råd eller ordinationer, ofte er så ringe, at der med god grund kan sættes et spørgsmålstegn ved værdien af lægens indsats. Mindre end halvdelen af den medicin, der ordineres, tages som foreskrevet. Når det drejer sig om efterlevelse af lægelige råd om livsstilsændringer, er compliance endnu ringere.

Der er mange og individuelle årsager til, at patienter ikke altid følger »de gode råd«. Den hyppigste er formentlig, at vores velmente råd slet ikke er så gode, som vi tror, når vi prøver at forstå patientens problemer ud fra en medicinsk tankegang. Vi må lære, at patienter ikke følger vores råd og anvisninger, blot fordi vi selv synes, de er gode. Patienten handler ikke på grundlag af informationer og lægens overbevisning. Patienten foretager en selvstændig tolkning af de givne informationer. Resultatet af denne tolkning er afgørende for, hvordan hun handler.

Patienten handler ikke på grundlag af informationer og lægens overbevisning. Patienten foretager en selvstændig tolkning af de givne informationer. Resultatet af denne tolkning er afgørende for, hvordan hun handler.

Etiske overvejelser

Lægegeringen er dybest set et moralsk anliggende. Lægens arbejde er begrundet i etiske værdier og normer. Et godt liv er et moralsk gode. Det er derfor naturligt at indlede med nogle etiske betragtninger vedrørende lægens og patientens ansvar og roller i forbindelse med sygdomsforebyggelse.

Selv om lægen gerne vil fremme mulighederne for, at patienten bevarer et godt helbred, skal og kan lægen ikke tage ansvaret for, at patienten lever sundt. Patienten må selv bære dette ansvar og derfor acceptere, at hun selv skal finde

*) Vi har bevidst valgt at bibeholde betegnelsen patienter, da det er lægers hverdagsudtryk for de personer, som søger vores råd. Ligeledes har vi af hensyn til læsbarheden valgt at betegne lægen og patienten med hver sit køn, selv om det støder nogle.

løsningen på sine livsstilsrelaterede helbredsproblemer. Lægen skal ikke overtage patientens ansvar for sig selv. Derfor skal lægen i konflikten mellem hensynet til patientens autonomi og hensynet til patientens sundhed ikke blot prioritere patientens selvbestemmelsesret. Lægen skal også acceptere, at patienten bedst ved, hvad der er godt for hende.

Lægen skal ikke overtage patientens ansvar for sig selv. Derfor skal lægen i konflikten mellem hensynet til patientens autonomi og hensynet til patientens sundhed ikke blot prioritere patientens selvbestemmelsesret. Lægen skal også acceptere, at patienten bedst ved, hvad der er godt for hende.

Det enkelte menneske har således en vidtgående ret og pligt til selv at afgøre, hvad der er godt for ham eller hende. Lægen har pligt til at informere patienten og derved sikre, at han eller hun kan træffe sine beslutninger på et fyldestgørende grundlag. Lægen skal gøre patienten bekendt med de forhold, der kan indebære en risiko for sygdom eller svækkelse af hendes helbred. Lægen skal også hjælpe patienten til at få øje på de muligheder, der er for at minimere den risiko, der er forbundet med en usund levevis eller andre helbredsrisici som fx overvægt eller forhøjet blodtryk.

Hertil og ikke længere går lægens pligt, vil mange mene. Men helt så enkelt er det imidlertid ikke. Med udgangspunkt i den opfattelse, at de fleste mennesker lægger stor vægt på et godt helbred, har lægen også en almindelig anerkendt forpligtelse til at prøve at påvirke patienten til at overveje en sundhedsfremmende adfærd. Denne opfattelse legitimerer lægens ret og pligt til at tage problemerne op til drøftelse med det formål at stimulere patienten til at overveje sine ønsker mht. sundhed i relation til sin livsstil. Men hvordan? Der er ingen universel løsning. Mennesker er forskellige. Opfattelsen af patienten som et selvstændigt og tænkende menneske, der er ansvarlig for egne handlinger, betyder, at patienter skal behandles individuelt og dermed forskelligt.

I det følgende beskrives principper for udførelse af motiverende samtaler. Det skal ikke betragtes som en specifik vejledning med psykoterapeutiske samtaleteknikker, men som en vejledning i en læge-patient-samtale, som vedrører et snævert afgrænset område i patientens liv, og som har et veldefineret formål. I disse år er kognitiv-behavioristisk teori den dominerende retning inden for terapeutiske og forebyggende interventioner over for patienter med livsstilsrelaterede, kroniske sygdomme. Nærværende skrift læner sig derfor på en synlig måde op ad denne retning, fordi den er konkret og praktisk anvendelig i sine metoder. Samtidig ønsker vi at fremhæve et humanistisk menneskesyn, hvor patientens ansvar og selvbestemmelsesret betones.

Ambivalens

Alle mennesker vil gerne være sunde og raske. Sundhed er forudsætningen for handleevne og dermed for at realisere sine eksistentielle behov. Men et godt og meningsfyldt liv er ikke blot at leve sundt. Der er mange andre forhold, der har betydning for ens livskvalitet.

Ambivalente følelser opstår, når der er uoverensstem-

melse mellem mål og adfærd. Rygere vil gerne have et godt og sundt liv. Men rygning er samtidig en del af rygerens livskvalitet. Ambivalens er en normal foreteelse, der ikke er udtryk for, at patienten er umotiveret.

Ambivalente følelser opstår, når der er uoverensstemmelse mellem mål og adfærd.

Set udefra er patientens udsagn irrationelle og fulde af modsætninger. »Jeg ved det er forkert at ryge. Men jeg gør det alligevel«. »Jeg vil tabe mig. Men jeg fik et ædeflip«. »Jeg vil gerne leve sundt. Men jeg vil også gerne noget andet«. Der er flere ting, patienten gerne vil. I den motiverende samtale beskæftiger man sig med patientens ambivalens med det formål at tippe balancen til fordel for en sundhedsfremmende adfærd.

Lægen kan støtte patienten i at analysere sin situation og på den måde blive opmærksom på uoverensstemmelser mellem sine normer og adfærd.

Det er sjældent information om risikofaktorerne, der er brug for. Patienten har hørt, at det er usundt at ryge og at spise for fedt. Information er ikke nok. Patienten skal forholde sig til konflikten mellem adfærd og holdning. Lægen kan støtte patienten i at analysere sin situation og på den måde blive opmærksom på uoverensstemmelser mellem sine normer og adfærd. Patienten skal identificere vigtige personlige mål – og indse diskrepansen mellem mål og adfærd. På den måde tvinges patienten til at fremkomme med begrundelsen for at ændre på forholdene – eller argumentere for at lade være med at gøre noget.

Det er vigtigt, at denne afvejning af pro et contra sker på patientens præmisser. Det er patienten, ikke lægen, der skal vurdere fordele og ulemper ved adfærdsændringer.

Hvad er den motiverende samtale?

Den motiverende samtale er en patientcentreret form for rådgivning (Miller & Rollnick, 1991). Den har som formål at fremme adfærds-mæssige ændringer ved at stimulere patienten til at analysere sine følelser i dilemmaet mellem faktisk adfærd og helbreds-mæssige ønsker. Derudover har den motiverende samtale som formål at stimulere patienten til at træffe en beslutning og gennemføre adfærdsændringer på grundlag af sine overvejelser.

Det lyder kryptisk. Definitionen er en let omskrivning af Miller & Rollnicks definition og er baseret på en række principper, som kort skal omtales.

1. Motivation til forandring skal komme fra patienten og ikke pådømmes af lægen. Inderst inde ved patienten, hvad hun vil, og hvad hun kan. Det skal lægen stole på.
2. Det er patientens opgave, ikke lægens, at formulere og finde en løsning på patientens ambivalente indstilling. Men lægen kan gennem samtalen hjælpe patienten til at konkretisere sine personlige værdier og mål.

3. Forsøg på overtalelse er ikke en effektiv metode til løsning af ambivalensen. Patienten ændrer ikke adfærd, fordi lægen har en bestemt mening om, hvad der er godt for hende, og hun tilsyneladende giver efter for lægens pression. Men lægen kan i mange tilfælde bidrage med vigtige informationer, der indgår i patientens beslutningsgrundlag.
4. Lægen er i rollen som samtalepartner lyttende, spørgende og tilbageholdende. Med interesse og spørgsmål stimulerer lægen patienten til at analysere sin situation, sine problemer og sine muligheder.
5. Lægen er styrende, når det gælder om at fastholde patientens opmærksomhed på emnet og på arbejdet med problemerne, men ikke-styrende, når det drejer sig om definition af mål og valg af metode. Ikke-styrende (non-direktiv) vejledning er baseret på en interaktion mellem to mennesker, der sigter på at ændre eller modificere adfærd hos den hjælpssøgende, uden at den hjælpende tilbyder at godkende sådanne ændringer. Patienten stimuleres ved anvendelse af spørgsmål til at uddybe sine udsagn og synspunkter således, at hun opnår en bedre forståelse af sin situation gennem sine egne ræsonnementer. Patienten opmuntres til at verbalisere sine følelser og til at argumentere for eller imod bestemte valg af løsninger m.m. Lægen indgår ikke i en egentlig diskussion med patienten. Men indirekte konfronteres patienten på den måde med en eventuelt manglende logik i sin redegørelse. Lægen fungerer som katalysator for en konstruktiv proces, hvor patienten stimuleres til selv at reflektere logisk og realistisk over sin situation. På den måde mobiliserer patienten sin egen ekspertise og egne kræfter i forsøget på at finde en løsning på problemerne.
6. »Parathed« til forandring er et produkt af interaktionen mellem lægen og patienten. Derfor skal modstand mod forandringer ikke opfattes som et karaktertræk hos patienten, men som en reaktion på lægens indsats.

Ikke-styrende (non-direktiv) vejledning er baseret på en interaktion mellem to mennesker, der sigter på at ændre eller modificere adfærd hos den hjælpssøgende, uden at den hjælpende tilbyder at godkende sådanne ændringer.

I det følgende uddybes nogle af disse punkter, hvorefter der følger forslag til en mere konkret anvendelse i daglig praksis.

TEORETISKE BEGREBSRAMMER

Patientcentreret samtale

Den motiverende samtale bygger på Carl Rogers' principper om klientcentreret behandling (Rogers, 1951). Den afspejler et menneskesyn og en holdning til patienten, som baserer sig på følgende principper:

1. Patientens opfattelse af sig selv er afgørende for hendes handlinger. Hvis patienten ikke tror på, at hun kan holde op med at ryge, kan hun ikke holde op med at ryge. Hvis hun ændrer opfattelse af sig selv, ændres hendes handlinger. Forudsætningen for, at patienten fx kan tabe i vægt, er, at hun er overbevist om, at hun kan tabe i vægt.

2. Patientens tillid forudsætter, at lægen har tillid til patienten. Vis, at du tror på hende, og mød hende med en ubetinget positiv indstilling. Vis, at du har tillid til, at hun er i stand til at træffe fornuftige beslutninger i personlige forhold. Vis, at du tror på patienten som et selvstændigt tænkende og ansvarligt menneske, og tro på, at patienten i sig har vilje og evne til at træffe en beslutning og til at selv at finde frem til en løsning. Hvis du ikke tror på patienten, kan du næppe hjælpe hende, og patienten har mistet sin læge. Patienten skal også tro på sig selv. Du skal støtte hende i troen på, at hun selv kan gøre noget.
3. Vis empati. Du skal prøve at forstå patienten, som hun er, og hvordan det er at være i hendes situation. Du skal vise din evne til at forstå patienten »indefra«. Hvad du selv ville gøre i en tilsvarende situation er uden interesse. Det løser ikke patientens problem.

Voksenlæring

Voksne lærer ved at løse problemer og spørgsmål, som de er personligt engagerede i. Læring er drevet af et indre behov mod øget modenhed og kompetence. Den lærende skal derfor kunne se den umiddelbare relevans af det, hun lærer. Overført til situationen omkring vejledning af patienter betyder dette, at læring kun finder sted i situationer, hvor patienten selv er optaget af det pågældende problem, fx vedrørende livsstilsfaktorer ved sygdom. At »docere« informationer til patienten fører ikke til ændret adfærd. Og at blive talt ned til som i et voksen-barn-forhold er krænkende for den voksne. At »lære« og at »bemestre« bliver næsten synonyme, når vi taler om voksne mennesker. Det er derfor relevant at se på, hvordan og med hvilke midler patienter kan mestre vanskelige situationer.

Patientens ressourcer. Salutogenese og mestringspotentiale

Alle patienter bringer noget til konsultationen og mødet med lægen. Ofte forfalder læger til at se på patientens risiko for sygdom som en dårlig håndtering af hverdagens problemer.

Hvis målet er at øge patientens egen handlekompetence, må vi som læger stole på patientens evner og indgyde selvtillid. Vi må ændre fokus fra at vurdere risiko til at vurdere mestringspotentiale. Hvilke stærke (eller mindre svage) sider og ressourcer har patienten? Hvad er hun god til? Hvem i det sociale netværk kan støtte?

Hvilke stærke (eller mindre svage) sider og ressourcer har patienten? Hvad er hun god til? Hvem i det sociale netværk kan støtte?

Normdannelse og værdiopfattelser er knyttet til det sociale miljø. Familie, omgangskreds og pårørende har stor indflydelse på patientens meninger og opfattelse af situationen. Det sociale netværk har derfor også stor betydning for gennemførelsen af sundhedsbevarende adfærdsændringer. Der kan være tale om såvel positive som negative påvirkninger. Lægen skal være opmærksom på, hvilke personer som spiller en betydende rolle for patientens valg af adfærd. Denne

indsigt kan anvendes i dialogen om, hvad der gør det let eller svært at ændre livsstil.

Hvilke positive erfaringer og velgennemlevede kriser har patienten bag sig? Langt de fleste mennesker har præsteret noget »svært« og/eller noget, der krævede en stor beslutning: At opdrage et barn, at blive gift – og måske skilt –, at gennemleve svær sygdom hos sig selv eller hos en nærtstående, at miste en pårørende eller sit arbejde. Også erfaringer, som ikke direkte vedrører adfærdsændringer, kan give den enkelte selvfølelse og selvtillid. Egne erfaringer danner afsæt for mange senere mestringsforsøg ved udfordringer og kriser. Lægen kan søge indsigt om disse erfaringer hos patienten og flytte blikket fra risiko til ressourcer. Begrebet *salutogenese* betyder årsag til sundhed. At søge efter årsager til sundhed indebærer *ressourcetænkning* (Hollnagel & Malterud, 1995). Dette kan bibringe nye og motiverende aspekter i samtalen mellem patienten og lægen.

Begrebet salutogenese betyder årsag til sundhed. At søge efter årsager til sundhed indebærer ressourcetænkning.

»Personal awareness«

Det, der præger lægen som menneske, er en integreret og afgørende del af ethvert læge-patient-forhold. Lægen vil gerne hjælpe og motivere patienten til adfærdsændringer. Men lægens rådgivning er ikke værdineutral. Vi er som læger forskellige og har forskellige interesser, fordi vi som mennesker er forskellige. Nogle læger er især interesserede i sygdommens biologiske aspekter. Andre er mere interesserede i patienten som person og patientens adfærd.

To områder har særlig betydning for forholdet til patienten. Det ene er lægens holdninger og overbevisning. Det andet er lægens emotionelle reaktioner. Overbevisninger og holdninger er bestemmende for, hvordan vi taler med patienten, hvilke informationer vi interesserer os for, og hvad vi definerer som noget, vi skal tage os af. Lægens emotionelle reaktioner viser sig dels som bevidste interesser og præferencer, dels som mere ubevidste og (slet) skjulte reaktioner. Vi bliver berørt af patienten på forskellig måde, og vi opfatter vores ansvar forskelligt. Det er velkendt, at læger, der selv ryger, er mindre interesserede i tobaksrelaterede sygdomme. Fede læger er mindre interesserede i patientens overvægt osv. Det er lige så meget os selv og vores egen personlighed, som det er patienten og hendes problemer, der er afgørende for vores emotionelle reaktioner.

Overbevisninger og holdninger er bestemmende for, hvordan vi taler med patienten, hvilke informationer vi interesserer os for, og hvad vi definerer som noget, vi skal tage os af.

Personal awareness er udtryk for kendskab til betydningen af egne erfaringer, holdninger, følelser og reaktionsmønstre. Større bevidsthed om vores reaktioner og den måde, vi både verbalt og nonverbalt formidler vores reaktioner og følelser til andre mennesker, kan hjælpe os til at afklare mange situationer i forhold til patienten. *Personal awareness* kan også

hjælpe til at erkende vigtige barrierer mellem lægen og patienten. Jo bedre vi forstår os selv og vores reaktioner, desto bedre forstår vi vores patienter. Lægens professionalitet er derfor ikke kun baseret på den formelle uddannelse og videreuddannelse, men også på håndteringen af de mange personlige forhold, som kommer frem i det kliniske arbejde.

Forandringens hjul

Patientens beslutning er i alle tilfælde resultatet af en afvejning af fordele og ulemper ved at gøre noget. Skal lægen påvirke denne balance, må det ske med udgangspunkt i patientens opfattelse. *Kierkegaard* har formuleret dette: »At man, når det i sandhed skal lykkes én at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er og begynde der. Det er hemmeligheden i al hjælpekunst.« (Fra: *Søren Kierkegaard*, »Brudstykke af en ligefrem Meddelelse« [1859]).

Motivation er en tilstand af »parathed« til forandring. Det første skridt er derfor at finde ud af, om patienten er åben for forandring. *Prochaska et al* (1994) har beskrevet en serie af stadier, som mennesker gennemgår, når de ændrer adfærd, her illustreret ved »Forandringens hjul« (Fig. 1). Øget motivation er et udtryk for, at patienten er parat til at flytte sig fra et stadium til det næste. Stadierne beskrives i det følgende.

Motivation er en tilstand af parathed til forandring.

1. Førovervejsstadiet

Patienten har ikke tænkt at gøre noget ved det og er derfor ikke motiveret. Hvis ryggen med bronchitis ikke mener, at rygningen er et problem, er hun heller ikke indstillet på at ændre adfærd. Der kan være flere grunde til, at patienten befinder sig i førovervejsstadiet. Patienten kan være uvidende om problemer, resignerende eller bevidst uvillig til at ændre på forholdene. Det kan også være udtryk for en de-

monstration af, at patienten selv bestemmer. Det store spring i patientens forandringsproces er fra førovervejsstadiet til overvejsstadiet.

2. Overvejsstadiet

Patienten kan tale med lægen om det hensigtsmæssige i at ændre adfærd. Men der er tale om en ambivalent indstilling. Der er en grund til, at den overvægtige patient holder af god mad. Der er en grund til, at patienten ryger eller drikker, at patienten afstår fra motionens fristelser osv. I dette stadium er det lægens opgave at afdække ambivalensen sammen med patienten.

3. Forberedelsesstadiet

Patienten har besluttet sig til, at der skal gøres noget. Hvordan skal det gøres? Lægen skal styrke patientens selvtillid og tro på, at det kan lade sig gøre. Han skal også sørge for, at patienten har en realistisk vurdering af mulighederne for at løse opgaven, og finde den mest egnede løsning. Det er vigtigt, at det er patienten og ikke lægen, der beslutter, hvad og hvordan det skal ske.

4. Handlingsstadiet

Patienten er i gang med forandringen. Hun er motiveret. Lægen skal finde den rette balance mellem at påvirke patienten og motivere patienten til selv at løse sine problemer. Hyp-pige kontakter kan være med til at understrege opfattelsen af, at det er vigtigt, og at lægen går op i problemet. Blodprøver eller et vægtskema kan fungere som redskaber i selvevalueringen og giver en motiverende feedback.

5. Vedligeholdelsesstadiet

Et vægttab fjerner ikke i sig selv årsagen til overvægt. Det er jo ikke vægten, men patientens kostvaner, der er problemet. Lægen skal hjælpe patienten med at klarlægge risici for tilbagefald og strategier for forebyggelse af tilbagefald. Det er vigtigt, at patienten er klar over, hvad hun kan gøre hvis, eller helst før, der er tilbagefald.

6. Tilbagefaldsstadiet

Succes er ikke en garanti mod tilbagefald. Det er vigtigt at patienten kommer videre i »hjulet« og ikke låses fast på dette sted. Hvad var det, der skete? Hvad skal der til for at undgå tilbagefald? Hvad skal der til for at komme i gang igen? Lægen skal hjælpe patienten til at fatte mod og vende tilbage til det overvejende stadium. Tilbagefald skal ikke defineres som »fallitter«, men som episoder af potentiel positiv erfaring. Ved at reflektere over omstændighederne, hvorunder tilbagefald fandt sted, kan patienten og lægen blive opmærksomme på nye strategier for at styrke vedligeholdelsen.

PRAKTISK GENNEMFØRELSE

Undersøgelser har vist, at læger generelt er meget opmærksomme på muligheden for og værdien af sundhedspædagogiske aktiviteter i mødet med patienter. Alligevel holder de sig ofte tilbage, fordi de ikke tror, at det vil lykkes. I de følgende afsnit gives dels nogle generelle, dels nogle specifikke råd, som kan anvendes i daglig praksis.

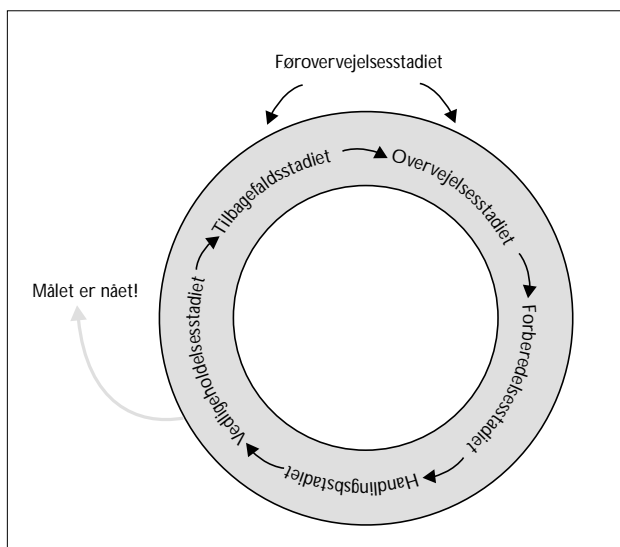


Fig. 1. De seks stadier i »Forandringens hjul« (modificeret efter Prochaska JO et al, 1994).

Lytte – og lytte aktivt

At lytte er at prøve at forstå. For kommunikationen med patienten er evnen til at lytte lige så vigtig som evnen til at tale – og i praksis ofte meget sværere, især for læger. De fleste kommunikationsproblemer opstår, fordi vi ikke er gode til at lytte. Lægen afbryder patienten uden at sikre sig, at han har forstået, hvad patienten siger. Hertil kommer, at vi er tilbøjelige til at *lytte selektivt*. Som læger har vi brug for bestemte oplysninger for at definere patientens problemer inden for en medicinsk referenceramme. Vi hører det, vi forventer at høre, og det vi kan bruge. Derfor har vi hyppigt en uimodståelig trang til at afbryde og til at skifte emne på de mest kritiske steder. For patienten er det frustrerende og hæmmende for den videre åbenhed at mærke, at lægen er temmelig uinteresseret i det meste af det, hun selv er optaget af.

De fleste kommunikationsproblemer opstår, fordi vi ikke er gode til at lytte.

Lægen kan sikre sig, at han har forstået, hvad patienten fortæller, ved at *lytte aktivt*. Ved verbalt at reflektere på det, vi har hørt, kan vi på én gang stimulere patienten til at fortælle og samtidig sikre os, at vi har forstået, hvad patienten mener og føler. Lægen kan på mange måder vise, at han er opmærksom og lytter intenst. Med sit blik og sin kropsholdning, med nik og gentagelser af hvad han har hørt osv., viser han sin interesse. Aktiv lytten er hypotetisk – ligesom enhver tolkning af det, man hører. Kun patienten kan bekræfte lægens opfattelse. Man følger derfor de ledetråde op, som mere eller mindre åbent findes i patientens svar og antydninger. Lægen signalerer således, at han er lydhør over for, hvad patienten faktisk siger og udtrykker. Lægen kan fx forsøge med »Kan du forklare det lidt nærmere?«, »Fortæl mig lidt om, hvordan det kom sig«, »Prøv at give et eksempel på ...«. Lægen kan også følge samtalen op ved kort at sammenfatte hovedtrækkene af, hvad patienten har sagt, fx »Det, du fortæller mig, er, at ...«, »Er det rigtigt forstået, at du har«.

Læge-patient-forholdet

Ethvert forsøg på at hjælpe patienten er spildt ulejlighed, hvis forholdet til patienten ikke er i orden. Det er derfor afgørende, at lægen får etableret så megen tillid hos patienten, at hun åbent drøfter sin opfattelse af problemerne. Hvis lægen ikke får kendskab til patientens opfattelse og forstår hendes bevæggrunde, er der ikke udsigt til, at han kan hjælpe hende med at løse sine problemer.

Ethvert forsøg på at hjælpe patienten er spildt ulejlighed, hvis forholdet til patienten ikke er i orden.

Det er vigtigt at etablere et bæredygtigt forhold – hver gang! Vi skal i det følgende opsummere nogle af de faktorer, der er vigtige for etablering af et godt forhold til patienten. Disse forhold sammenfattes i akronymet PEARLS (Partnerskab, Empati, Accept, Respekt, Legitimering, Støtte).

Det er vigtigt at etablere et bæredygtigt forhold – hver gang!

Partnerskab

Lægen skal ikke gøre noget for patienten. Lægen skal gøre noget sammen med patienten. Patienten skal opleve lægen som sin allierede. Ikke som den revsende autoritet i lærerrollen. Og ikke som den uengagerede og værdineutrale tekniker. Samarbejdet skal være båret af udsagn som »Vi må finde en løsning«, »Vi skal finde ud af, hvad der kan gøres«, osv.

Empati

Lægen skal vise, at han kan leve sig ind i patientens situation. Vise, at han forstår, hvordan det er at være i patientens sko. Lægen skal prøve at forstå, hvordan situationen opleves af patienten – ikke hvordan han selv ville have det, hvis han var i patientens situation.

Accept

Patienten er, som hun er. Det skal lægen acceptere. Han skal møde patienten med en ubetinget positiv indstilling – og ikke vurdere hende ud fra, hvordan han synes, hun burde være eller optræde. Lægen skal vise forståelse og tolerance – ikke dømme patienten.

Respekt

Vis at du respekterer patienten som et selvstændigt, tænkende, samvittighedsfuldt og ansvarligt menneske, der ikke alene er meningsberettiget, men på mange områder også er eksperter. Fremhæv gerne meget kraftigt, hvad patienten gør for at bevare sin sundhed, fx at hun kommer til dig og er interesseret i at drøfte problemerne. Vær ikke bange for at sige, at du beundrer hendes indsats. Det giver hende mod. Hvis patienten ændrer opfattelse af sig selv, ændres hendes adfærd tilsvarende. Hvis hun tror, hun kan, så kan hun – og omvendt.

Legitimering

Mange mennesker føler skyld. Det er en positiv reaktion. Det er udtryk for, at patienten føler et ansvar for sine handlinger. Skab tryghed ved fx at sige til patienten: »I den situation vil mange mennesker reagere som dig«. Uanset hvad patienten gør og har gjort, har der været en grund til det. Årsagerne kan og skal diskuteres. Men set i det perspektiv er patientens adfærd ikke forkert. Det samme gælder patientens følelser. De er aldrig forkerte. De er, som de er, selv om de for en udenforstående kan være svære at forstå. Uanset at hendes opfattelse måske er forkert, er hendes emotionelle reaktioner relevante for dialogen.

Støtte

Patienten skal føle, at hun ikke står alene med sit problem. Hun skal mærke, at du er til rådighed og gerne vil hjælpe – uden at du overtager ansvaret.

Balanceskema

Det er svært for patienten i forbindelse med en enkelt konsultation at gøre rede for de forhold, der indgår i hendes am-

Fordele ved at fortsætte med at ryge	Ulemper ved at fortsætte med at ryge
Jeg kan lide at ryge	Det koster mange penge
Min mand ryger også	Børnene bryder sig ikke om det
Jeg tror ikke, jeg kan undvære det	Det er usundt
Jeg kan lide smagen af cigaret	Min bronchitis bliver værre Det er ikke godt for børnenes helbred
Ulemper ved at holde op med at ryge	Fordele ved at holde op med at ryge
Jeg vil savne det	Det vil hjælpe på min bronchitis
Jeg er ikke sikker på, at det hjælper	Jeg sparer en masse penge
Jeg tager på i vægt	Det ville være godt for min samvittighed
Jeg savner en cigaret til kaffen	Børnene ville blive glade Jeg vil gerne vise, at jeg kan

Fig. 2. Balanceskema. Et eksempel. (Efter Botelho).

bivalens. I stedet kan lægen bede patienten udfylde et balanceskema (Fig. 2). I dette skema skal patienten anføre de forhold, der taler for at ændre på den nuværende situation, og de forhold, der taler imod eller gør det besværligt at ændre det. På tilsvarende vis skal patienten anføre de forhold, der taler for at fortsætte med noget, og de forhold, der taler imod at fortsætte. Balanceskemaet er et godt grundlag for fortsatte drøftelser af patientens ambivalens og giver gode muligheder for at fremhæve divergenser mellem patientens holdninger og ønsker på den ene side, og patientens adfærd på den anden side. Udarbejdelse af et balanceskema har også den virkning, at det aktiverer patienten. Patienten tvinges til at reflektere over tingene, og bliver på den måde aktivt inddraget i løsningen af problemet.

Udarbejdelse af balanceskema har også den virkning, at det aktiverer patienten.

Det er vigtigt at fremhæve, at det ikke er skemaet i sig selv, men den refleksionsproces, der gennemløbes, som er værdifuld. Processen kan medvirke til 1) at gennembyde ambivalensen, 2) at tydeliggøre konkurrerende, motiverende faktorer for og imod forandring, samt 3) at tilskynde til at man sammen overvejer mulighederne for forandring. Der advares dog mod, at oversimplificere problemet. Anvendelsen af balanceskemaet fremmer de processer, som patienten gennemgår i overvejelsesstadiet i forandringens hjul.

At lave et balanceskema kræver i de fleste tilfælde tid og overvejelse. Det er derfor naturligt, at patienten skal arbejde videre med det derhjemme. For mange mennesker er det slet ikke så let. De kan godt forstå ideen. Det bliver bare ikke til noget. Patienten skal hjælpes på vej. Spørg patienten: »Hvad betyder det for dig at holde op eller at fortsætte? Nævn mindst tre ting, du kan komme i tanke om. Vi taler om

det næste gang, du kommer.« Det er vigtigt, at der træffes en fast aftale om, hvornår patienten skal komme igen – også selv om hun ikke er helt færdig med skemaet.

Tid, timing og strategi

Hvordan kan patientvejledning efter den skitserede model integreres i vores almindelige konsultation? Der er tre nøgleord her: Tid, timing og strategi. *Tiden* betyder, at forandring tager tid, og at det er en proces. *Timing* betyder, at lægen ikke handler, før patienten er parat. Succes med det motiverende tiltag afhænger af, at lægen kan vælge det rigtige tidspunkt til opmuntring og rådgivning.

Det sidste henfører til *strategi* – hvad lægen mest hensigtsmæssigt kan vælge at gøre for at fremme forandring og øge handlekompetencen hos patienten. På et hvilket som helst stadium i den motiverende samtale skal lægen tænke på: Hvad er det, vi er i gang med? Ved jeg, hvad vi vil/skal opnå? Ved jeg, hvad patienten ønsker? Er det nødvendigt at bibringe patienten ny viden og da med hvilket formål? Det gælder både det overordnede mål (fx at øge hendes livskvalitet gennem vægtreduktion) og det konkrete mål med den aktuelle konsultation (fx vejledning i at spise fedtfattigt). Hvis det ikke er klart for lægen, hvad der sker og skal ske, bliver det heller ikke klart for patienten. I de første samtaler vil lægen ofte have brug for at fokusere på forberedelses- og handlestadierne (Fig. 3), men senere i forløbet vil samtalerne være fokuserede på vedligeholdelsesteknikker og forebyggelse af tilbagefald (Fig. 4).

Resumere

Alt for ofte forlader patienten lægen, uden at parterne er sikre på, at de er enige om, hvad der skal ske. Det er en god idé, at lægen afslutter samtalen med at resumere, hvad der er talt om, hvad man er blevet enige om, og hvad der skal ske. Herved præciseres resultatet af samtalen. Lægen vil samtidig vise patienten, at samtalen har været konstruktiv. Endnu stærkere er det at bede patienten om at resumere samtalen. Det er ikke altid så let. Patienten kan let opfatte det som en eksamination – især i de tilfælde, hvor hun ikke rigtig har rede på, hvad der er i vejen, eller hvad der skal ske. Til gengæld er der ikke tvivl om nytten. Det er ofte overraskende, hvor lidt af lægens gode intentioner om at være grundig og omhyggelig med information og forklaringer, der har fundet vej til patienten. En erkendelse, der kun bekræfter nødvendigheden af at bede patienten resumere, hvis man anser sin indsats for at være betydningsfuld.

Det er ofte overraskende, hvor lidt af lægens gode intentioner om at være grundig og omhyggelig med information og forklaringer, der har fundet vej til patienten.

Slut positivt

Slutningen er begyndelsen til fortsættelsen. Det er derfor vigtigt, at patienten forlader dig med et indtryk af, at du har været glad for at tale med hende, og at du har positive forventninger. Det giver hende selvtillid. Giv udtryk for din tro på, at I sammen kan løse opgaven. Slutningen er afsættet til noget nyt.

Fra før overvejelses- til overvejelsesstadiet	Overenskomst om problemet og aftale
Problemet/ diagnosen er ...	Nævn diagnose/problem
Det betyder for dig ...	Gør budskabet personligt vedkommende for patienten
Jeg kan hjælpe med ...	Udtryk, at du kan bruges som støtte
Hvor synes du, vi skal starte?	Vurdér patientens opmærksomhed på problemet og vurder, hvordan hun prioriterer blandt løsningsmulighederne
Hvad ved du om det?	Vurdér og præcisér viden og forståelse
Hvordan har du det med det?	Vurdér og forhold dig til patientens følelser, bekymringer og forventninger
Hvad er du villig til at sætse eller gøre?	Vurdér parathed til ændring og til at indgå aftale
Fra overvejelses- til handlestadiet	Aftale om handlingsplan
Hvad er dine muligheder?	Forklar specifikke muligheder og alternativer
Hvilken mulighed vælger du?	Spørg efter patientens beslutning og aftal et forsøg
Hvordan vil du gribe det an?	Vurdér og bestyrk patienten i hendes færdigheder og ressourcer til at udføre det aftalte
Hvilke problemer ser du, der kan opstå?	Forudse problemer og giv støtte til at finde løsninger
Hvem eller hvad kan hjælpe dig?	Identificér og mobilisér støtte
Fra handle- til vedligeholdelsesstadiet	Bekræft aftale og følg op på den
Jeg vil gerne se dig igen om...	Tilbyd støtte og aftal ny tid
Hvad vil du gøre, indtil vi mødes igen?	Præcisér, hvad planen er

Fig. 3. Trigger-spørgsmål til de første samtaler. Modificeret efter Grueninger et al (1990).

CAVE!

Der er mange forhold vi skal være opmærksomme på, når vi samtaler med patienten. I det følgende nævnes situationer, som lægen må søge at undgå.

Ekspertrollen

Det er vigtigt, at lægen er opmærksom på, at forholdet ikke udvikler sig til en aktiv ekspert og en passiv patient. For lægen er det ofte svært at acceptere, at han ikke med sin store viden og erfaring er den bedste til at afgøre, hvad der er bedst for patienten. Når han med sin professionelle kunnen ved, hvordan problemerne *kan* løses, er det svært at forstå, at han ikke også er den bedste til at afgøre, *om og hvad* der skal gøres. Lægen har lettere ved at forstå, at andre nok så kloge mennesker ikke skal afgøre, hvad der er bedst for ham! Lægen skal ikke forsøge at diktere patienten en bestemt mening eller opfattelse. Velmente advarsler eller trusler om, hvor galt det vil gå, bebrejdelser, moralisering, fordømmelse, sarkasme eller latterliggørelse osv. er alt sammen med til at forværre forholdet og dermed også mulighederne for at hjælpe patienten. Husk på partnerrollen.

Informationer modificeres

Lægen skal hele tiden være opmærksom på, at ny viden tilpasses en allerede eksisterende viden. Hvis den nye viden ikke passer med en eksisterende viden, forkastes den gamle viden ikke uden videre, tværtimod. I mange tilfælde modificerer patienten lægens informationer, så de harmoniserer

med hendes egen forståelse. Kun ved at spørge om patientens egen opfattelse, kan lægen få indtryk af, hvordan hans forklaringer er blevet forstået.

Modargumentation

Lægen ved godt, at enhver sag har to sider. Men han vil af angst for at påvirke patienten negativt undgå at nævne ulemperne og vanskelighederne.

Patienten skulle jo nødt miste modet. Desværre er det ofte netop det, der sker. Patienten ved også, at sagen har to sider. Og hun kender mindst lige så godt som lægen de vanskeligheder, der er forbundet med ændringer. For at skabe balance i tingene er det derfor hende, der må fremføre ulemper og vanskeligheder. Hermed sker der en polarisering. I sit velmente forsøg på at overtale patienten fremkommer lægen med alle de positive argumenter for adfærdsændringer. For lægen er det en næsten uimodståelig fristelse at fremhæve den ene side af ambivalensen: »Du har kronisk bronkitis og ved, hvor meget det betyder, at du holder op med at ryge.« Reaktion er forudsigelig. Patienten fremhæver den anden side af ambivalensen. »Du ved ikke, hvor svært det er.« Lægen: »Jamen, du vil få det meget bedre«. Når lægen forklarer patienten, at rygning kan medføre lungekræft, vil patienten uvægerligt bringe balance i tingene ved at fremhæve, »at det kun sker i de færreste tilfælde«. På den måde opstår der meget let en ufrugtbar ordveksling mellem læge og patient, hvor patienten identificerer sig med »det negative«. Dette kan føre til, at lægen misforstår patienten og mener, at

hun er umotiveret og fornægter problemet. Spørg hellere patienten om, hvilken sammenhæng hun ser mellem sin adfærd og sit helbred.

Skræmmebilleder

Overtalelse kan i visse tilfælde gøre indtryk. Men den frygt, der induceres, må ikke være så voldsom, at den fører til, at patienten fortrænger problemet. Det er vigtigt, at informationer om risici er ledsaget af konkrete råd og vejledninger. Rene skræmmebilleder giver kun oplysninger om adfærd, der er uønsket – ikke om adfærd, der er ønskelig.

Spørgsmål-svar-fælden

Det ligger så snublen nært for os beredvilligt at besvare alle spørgsmål så godt, vi kan. Når patienten spørger, om »det kan nytte noget?« eller »Tror du, det hjælper?« skynder vi os at forsikre hende om, at det selvfølgelig kan nytte, og at vi tror på, at det nok skal gå. For patienten kan spørgsmålet til lægen bevidst eller ubevidst hjælpe hende ud af en klemme. Dermed bliver det lægen, der skal »stå til regnskab« for patienten. Igen handler det om at stille ikke-styrende modspørgsmål.

Utålmodighed

Det tager tid at indarbejde adfærdsændringer. I vurderingen af patientens muligheder skal lægen passe på ikke at udvise en urealistisk optimisme og love patienten for meget. Gennemførelse af livsstilsændringer er en proces. Det tager tid og bygger på gentagne forsøg og erfaringer.

Målet er i første omgang ikke, at den overvægtige taber i vægt. Målet er, at hun ændrer spisevaner – og det tager tid. Ofte 6-12 måneder. Det er derfor en fordel, at vægttabet foregår over lang tid. Et kilo om måneden bliver trods alt til 12 kilo på et år.

Revurdér problemet og engagementet

Hvad vil du begynde med at tale om i dag?
Hvad er der sket, siden du var her sidst?
I dag viser dine tal/værdier ...
I dit tilfælde betyder det ...
Hvordan har du det med det (følelser)?
(om problem/fremskridt/tilbagefald)
Hvad er du indstillet på nu?

Genforhandl en forbedret plan/strategi

Hvad er dine muligheder?
Hvilken mulighed vælger du?
Hvordan vil du gribe det an?
Hvilke problemer kan der opstå?
Hvem og hvad vil kunne hjælpe dig?

Bekræft aftale og følg op på den

Jeg vil gerne se dig igen om ...
Hvad vil du gøre, indtil vi mødes igen?

Slut positivt

Jeg synes, det har været en god samtale i dag
Jeg synes, vi har talt om noget vigtigt i dag
Jeg har en tro på, at det nok skal lykkes for dig

For mange informationer

Når du informerer patienten, er det vigtigt, at du begrænser dine informationer til de mest centrale. For mange informationer slår hinanden ihjel. Hvis to oplysninger er særlig vigtige, skal du ikke lade dig friste til ved samme lejlighed at give patienten ti andre interessante informationer. Jo klarere og jo enklere, desto mere får patienten ud af det. Det er vigtigt, at du koncentrerer dig om informationer, der er relevante for patienten.

Patienten har ikke brug for detaljerede tekniske detaljer vedrørende kroppens fysiologi. Patienter vil vide, hvad sygdom og behandling betyder for hende på kort og lang sigt, og hvad hun selv kan gøre.

At overhøre modstand

Tøven er tegn på modstand. Patienter vil gerne være sikre på, at det nytter noget. Hun bliver ved med at stille spørgsmål. Hun er enig i, at der bør gøres noget, men tvivler på, at det vil lykkes. »Jeg taber mig ikke, selv om jeg ikke spiser noget«. Andre tegn på modstand er, at patienten afbryder lægen eller skifter emne. Hendes reaktioner viser, at hun ikke lytter opmærksomt – fordi hun ikke er optaget af lægens forklaringer og forsikringer.

Modstand er ofte udtryk for, at lægen har fejlvurderet patientens »parathed« til forandring og derfor et tegn til lægen om at revidere sin strategi. I sin iver og optimisme skal lægen passe på, at han ikke negligerer patientens signaler.

Patientens afvisning – afvisning af patienten

Lægen skal samtidig passe på, at hans frustrationer over manglende succes ikke medfører negative reaktioner over for patienten. Lægen skal være parat til acceptere patientens afvisning, selv om han ikke fuldt ud forstår hendes bevæggrunde. Det er patientens ret at stille spørgsmål til behandlingen – og til at afvise den. Det er vores ansvar at prøve at forstå hende så langt, det er muligt.

Urørlighedszonen

Hvor langt kan man trænge sig ind på et andet menneske? Der er grænser for, hvad patienten accepterer, især når man beskæftiger sig med følsomme områder. Hvis lægen forsøger at trænge ind på patienten og overskrider hendes »urørlighedszone«, reagerer patienten ved at øge distancen – og lægen opnår det modsatte af det, han ville.

Den nemme og flinke

Den nemme og flinke patient er den, der umiddelbart accepterer lægens forslag og erklærer sig indforstået med at gøre noget. Den skeptiske patient er mere forbeholden. Hun spørger, om det nytter. Hun er mere kritisk over for mulighederne for at gennemføre adfærdsændringer osv. »Den nemme patient« overlader villigt beslutningsansvaret til andre. Det gør hun også, når hun kommer hjem. Derfor sker der ikke noget.

Den kritiske patient tager ansvaret for sine beslutninger, men vil sikre sig de nødvendige oplysninger, før hun beslutter sig. Til gengæld holder hun bedre fast i beslutningen, når den først er taget.

Fig. 4. Trigger-spørgsmål til de opfølgende, motiverende samtaler. Modificeret efter Grueninger et al (1990).

»Blaming the victim«

Social og kulturel afstand kan gøre det vanskeligt for lægen at leve sig ind i, hvordan patienten oplever sin situation. I sådanne tilfælde må lægen minde sig selv om muligheden for ressourcetænkning. Lægen skal fokusere på patientens ressourcer og ikke bebrejde patienten en sociokulturelt relateret sundhedsskadelig adfærd.

AFSLUTNING

Der findes mange muligheder for at hjælpe patienten med at forebygge sygdom. Vi har i denne vejledning beskrevet en række modeller og principper, som vi finder nyttige under afvejning af forskellige psykologiske og etiske betragtninger. Men læger er forskellige. Det er derfor naturligt, at forskellige læger finder inspiration i forskellige metoder. Det afgørende er, at hver enkelt læge finder den metode, der passer bedst for ham eller hende – og bliver fortrolig med metoden ved at bruge den i daglig klinisk praksis og eventuelt under supervision, hvor specielle samtaleteknikker kan indøves.

De fleste metoder har dog noget afgørende til fælles. For det første gælder det om at lytte til patienten og prøve at forstå, hvordan patienten opfatter problemet. For at hjælpe skal man finde patienten der, hvor hun er. For det andet er det afgørende, at patienten accepterer lægens velmente forsøg på at hjælpe. Uden patientens accept og tillid kommer man ingen vegne. For det tredje gælder det om at være tålmodig. Hvis der ikke er succes i første forsøg, skal man prøve at finde ud af, hvad der var årsagen til, at det gik som det gik, og prøve igen, men måske på en anden måde. Sidst men ikke mindst er det helt afgørende for succes, at lægen tager sin egen indsats alvorligt. Uden engagement og en tro på, at »Jeg kan hjælpe patienten«, kommer man ikke langt. Vi håber, at vi med dette lille skrift har været med til at give dig lyst og inspiration til at arbejde videre med dine patienter.

Litteratur

- Grueninger UJ, Duffy FD, Goldstein MG. A conceptual framework for interactive patient education in practice and clinical settings. *J Hum Hypertens* 1990; 4 (suppl 1): 21-31.
- Hollnagel H, Malterud K. Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: a clinical model for general practice. *Fam Pract* 1995; 12: 423-9.
- Kamper-Jørgensen F, Almind G. Forebyggende sundhedsarbejde, 3. udg. København: Munksgaard, 1998.
- Lipkin M, Putnam SM, Lazare A. The medical interview. Clinical care, education and research. New York: Springer-Verlag, 1995.
- Mabeck CE. Samtalen med patienten. Introduktion til kommunikation og forståelse. København: Lægeforeningens forlag, 1999.
- Maunsbach M. »En ting er teori – noget andet er praksis ...«. Aspekter af compliance og non-compliance blandt type-2 diabetikere. [ph.d.-afhandling]. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 1999.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior. N.Y.: Guilford Press, 1991.
- Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. Changing for GOOD. New York: W. Morrow, 1994.
- Rogers CR. Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory. London: Constable, 1951.
- Rollnick S, Heather N, Bell A. Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *J Ment Health* 1992; 1: 25-37.
- Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cognit Psychother* 1995; 23: 325-34.
- Tulinius C, Reventlow S, Beich A. Den urokkelige ryger. *Månedsskr Prakt Lægegerning* 1999; 77: 843-51.

Tulinius C, Damkjær H, Schiøler D. Rygning – er der en vej ud af tågen? *Månedsskr Prakt Lægegerning* 1999; 77: 597-603 og Damkjær H. Psykologiske metoder til at tale med patienter om deres rygevaner. *Månedsskr Prakt Lægegerning* 1999; 77: 977-90.