

Grundlæggende syn på sundhedsforskning

Hvad vil det sige at være patient?

Vores udgangspunkt er, at anerkendelse og nysgerrighed i forhold til patientens viden, behov og præferencer er afgørende for en patientcentreret kommunikation med fokus på det hele menneske (1-5). Derudover er det vigtigt at anerkende:

- at alle patientens handlinger opstår som følge af den enkeltes tolkning – det være sig viljemæssigt, rutinemæssigt eller instinktivt
- at alle mennesker ønsker at blive accepteret, anerkendt og beundret (5).

For at vi kan relatere os til patienternes oplevelser og bruge os selv som mennesker i interaktionen med patienterne, er bevidstheden om, at vi alle deler grundvilkår, som sygdom og sundhed, sårbarhed og styrke, lidelse og velbefindende, angst og trykthed, tro og tvivl, ligeledes af afgørende betydning (5-11).

Betydningen af sygdom og reaktioner på sygdom

Sygdom eller mistanke om sygdom medfører typisk ængstelse. Man bliver fokuseret på symptomer og begynder ofte at forestille sig forskellige scenarier.

Sygdom ændrer mennesker og gør dem sårbare (4, 12, 13). Samtidig oplever mange patienter, at de 'mister grebet' og ikke længere føler sig som en del af fællesskabet. Det er et fænomen, der er beskrevet som 'the separation-attachment proces' (14, 15), og det har vist sig, at oplevelser tidligere i livet af henholdsvis positiv og negativ tilknytning kan påvirke ens evne til tilknytning, når man bliver syg (14).

Der er imidlertid forskellige måder at genvinde 'grebet' og genetablere følelsen af tilknytning på. Det være sig i relation til sine nærmeste og til andre som eksempelvis i relationen med sundhedspersonalet. Det kan også være til et dybere sted i en selv, til naturen – specielt oplevet gennem sanserne - eller til andet, der opleves større end en selv, som til en gud (15).

Hypotesen er, at sundhedspersonalet ved at facilitere positive oplevelser af tilknytning og ved på andre måder at hjælpe med at nedjustere stressresponsen, kan medvirke til at fremme patientens helbredelse (5).

Behandling og helbredelse

Den medicinske dikotomi *cure* (behandling) og *healing* (helbredelse) tager udgangspunkt i den græske historie og mytologi, hvor Hippokrates anses som 'medicinens fader' og grundlægger af den biomedicinske kurative tilgang til patientbehandling, medens den græske gud Asklepios er blevet symbolet på helbredelse. Eksempler på hvordan de to forskellige tilgange kommer til udtryk i patientbehandlingen er illustreret herunder(5).

| | Cure (Hippokrates) | Heal (Asklepios) |
|------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Patient | | |
| Problem | Symptomer / dysfunktioner | Lidelse |
| Muligheder | Blive kureret | Blive helbredt |
| Handling | Holde fast | Give slip |
| Mål | Overlevelse | Vækst |
| Selvopfattelse | Afhængig af behandlingseffekt | Ansvarlig for at håndtere sygdommen |
| Behandler | | |

| | | |
|---------------|------------------|---------------------|
| Fokus | Sygdom | Menneske med sygdom |
| Håndtering | Standardiseret | Individualiseret |
| Kommunikation | Fokus på indhold | Fokus på relationen |

Vi anvender helbredelse som den danske oversættelse af healing, vel vidende at healing også kan oversættes til 'at heale'. Sidstnævnte har fået en lidt anderledes betydning i det danske sprog, idet det primært er blevet knyttet til mere spirituelle aktiviteter. Den definition og de beskrivelser, vi anvender, har derfor deres ophav i engelsksproget litteratur.

I denne sammenhæng forstås helbredelse som praksisser, der har til formål at hjælpe den syge person til det højst mulige niveau af velbefindende (16).

Helbredelse er samtidig beskrevet som et skifte væk fra angst og lidelse, mod en oplevelse af integritet, helhed og indre fred. Dette skifte bidrager til, at det syge menneske i højere grad oplever livskvalitet og får en følelse af at blive mere sig selv og mere levende (17). For at sundhedspersonalet kan hjælpe patienten i denne proces, kræver det en klar forståelse og anerkendelse af patientens lidelse, som den opleves af patienten, og ikke som den vurderes af sundhedspersonalet (10).

Lidelse forstås her som et symptom eller en proces, der truer patienten på grund af den frygt, patienten har og/eller den mening, som knytter sig til symptomerne (18)

Det overordnede mål for patientbehandlingen

Velbefindende anvendes som oversættelse af det engelske begreb wellbeing og bliver således det overordnede mål for patientbehandlingen, når de to tilgange (behandling og helbredelse) forenes. Velbefindende forstås som: En tilstand af bedst mulig væren eller gøren i livet (12, 16).

Det er et mål, hvor de specifikke mål skal defineres af og med patienten. Erfaringen er, at patienterne oftest er realistiske omkring deres situation og dermed i stand til at opstille specifikke mål, hvis de hjælpes på vej af spørgsmål som: Hvordan har du det, når du oplever velbefindende, når du kan gøre det, du gerne vil opnå eller leve det liv, du ønsker at leve? (5).

“The relief of suffering is the fundamental goal of medicine” Eric Cassell (12)

Sundhedspersonalet og sundhedsvæsenets rolle

Såfremt vi i sundhedsvæsenet skal lykkes med at øge den enkelte patients sundhedskompetence og livskraft, så kræver det, at sundhedspersonalet indtager en 'responsiv' rolle, der er kendetegnet ved interesse, lydhørhed og respekt for patienternes behov, værdier og præferencer.

Det kan være i forhold til den konkrete behandling, men også i forhold til indholdet af møderne mellem patienter og sundhedspersonale, til kommunikationsstil og involvering i beslutningsprocesser (19).

Samtidig er det en helt central opgave for sundhedspersonalet at hjælpe patienter med at forholde sig til angst – angst for døden, for lidelse, for ændrede livsvilkår eller bekymring for ens nærmeste (12, 20).

Konsekvensen af dette syn på relationen og på den sundhedsprofessionelles rolle betyder, at man i dag både skal kunne magte den kommunikation, der er relateret til *behandlingen* – men man forventes også i stigende grad at tage ansvar for den kommunikation, der er relateret til *helbredelse*.

Den kommunikation, der karakteriserer disse to tilgange, adskiller sig ved, at der i *behandlingen* fordres et bevidst fokus på indhold og på ord, der har en specifik mening og på fysiologiske værdier. Den *helbredende* tilgang fordrer en mere ubevidst kommunikation, hvor der er fokus på det relationelle og på den nonverbale kommunikation, hvilket inkluderer positionering, kropssprog, ansigtsudtryk, stemmeføring, brug af pauser etc.

Det er ikke metoder, der kan standardiseres, idet det kræver kompetencer, der skal trænes individuelt, med fokus på at man lærer sig selv at kende, sine følelser og reaktioner således, at man kan bruge sig selv i omsorgen for patienten (5). Samtidig er det vigtigt, at man er sig bevidst om og anerkender sin egen dødelighed og har en klar forståelse herfor (20). For at blive 'klædt på' til denne opgave er der brug for systematisk træning af færdigheder som aktiv lytning, selv-refleksion og bevidsthed om egne non-verbale sprog m.m. (6, 9, 10).

“Physicians need to manage professional and personal stress to maintain their own health and wellbeing and to maximize their ability to provide quality health care to their patients”

Derek Puddester (21)

1. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd; 2013.
2. Epstein RM, Gramling RE. What is shared in shared decision making? Complex decisions when the evidence is unclear. *Med Care Res Rev.* 2013;70(1 Suppl):94s-112s.
3. Gulbrandsen P. The significance of seconds. *Patient Educ Couns.* 2016;99(11):1751-2.
4. Gulbrandsen P, Clayman ML, Beach MC, Han PK, Boss EF, Ofstad EH, et al. Shared decision-making as an existential journey: Aiming for restored autonomous capacity. *Patient Educ Couns.* 2016;99(9):1505-10.
5. Hutchinson T. Whole person care: a new paradigm for the 21st century. New York, NY: Springer Science and Business Media, LLC;; 2011.
6. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA.* 2009;302(12):1284-93.
7. Dobie S. Viewpoint: reflections on a well-traveled path: self-awareness, mindful practice, and relationship-centered care as foundations for medical education. *Acad Med.* 2007;82(4):422-7.
8. Zoppi K, Epstein RM. Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Fam Med.* 2002;34(5):319-24.
9. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA.* 1999;282(9):833-9.
10. McNamara H, Boudreau JD. Whole person care: a new paradigm for the 21st century. . In: T. H, editor. New York, NY:: Springer Science and Business Media, LLC; 2011. p. 183-200.
11. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA.* 2002;287(2):226-35.
12. Cassell EJ. Suffering, whole person care, and the goals of medicine. In: Hutchinson T, editor. Whole person care: a new paradigm for the 21st century. New York, NY: Springer Science and Business Media, LLC; 2011. p. 9-22.
13. Graubæk A-M. Patientologi - At være patient Gads Forlag 2010.
14. Berlin RM. Attachment behavior in hospitalized patients. *JAMA.* 1986;255(24):3391-3.
15. Fricchione G. Separation-attachment theory in illness and the role of the healthcare practitioner. In: Hutchinson T, editor. Whole person care: a new paradigm for the 21st century New York, NY: Springer Science and Business Media, LLC; 2011. p. 45-59.
16. Cassell EJ. The nature of Healing: The modern practice of medicine. Oxford: Oxford University Press; 2012.

17. Mount B, Kearney M. Healing and palliative care: charting our way forward. *Palliat Med.* 2003;17(8):657-8.
18. Cassell EJ. The relief of suffering. *Arch Intern Med.* 1983;143(3):522-3.
19. Pluut B. Differences that matter: developing critical insights into discourses of patient-centeredness. *Med Health Care Philos.* 2016;19(4):501-15.
20. Gawande A. *Being Mortal. Illness, medicine and what matters in the end.* London Profile Books LTD; 2014.
21. Puddester D. The Canadian Medical Association's Policy on Physician Health and Well-being. *West J Med.* 2001;174(1):5-7.