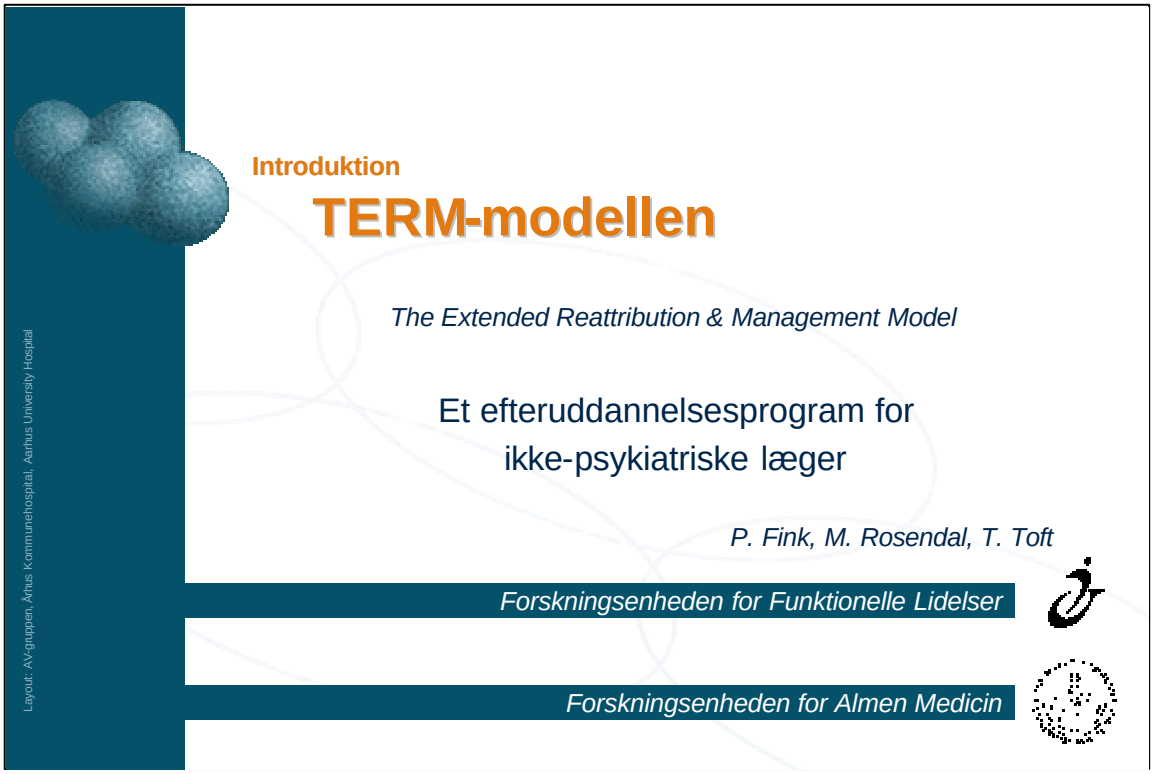


15 min.

Godmorgen og velkommen til jer alle sammen.

Jeg vil starte med at sige lidt om de praktiske forhold og bagefter kort gennemgå, hvad det er, I skal igennem i dette efteruddannelsesprogram.

Men allerførst vil jeg gerne præsentere undervisere og hjælpere (gør det)

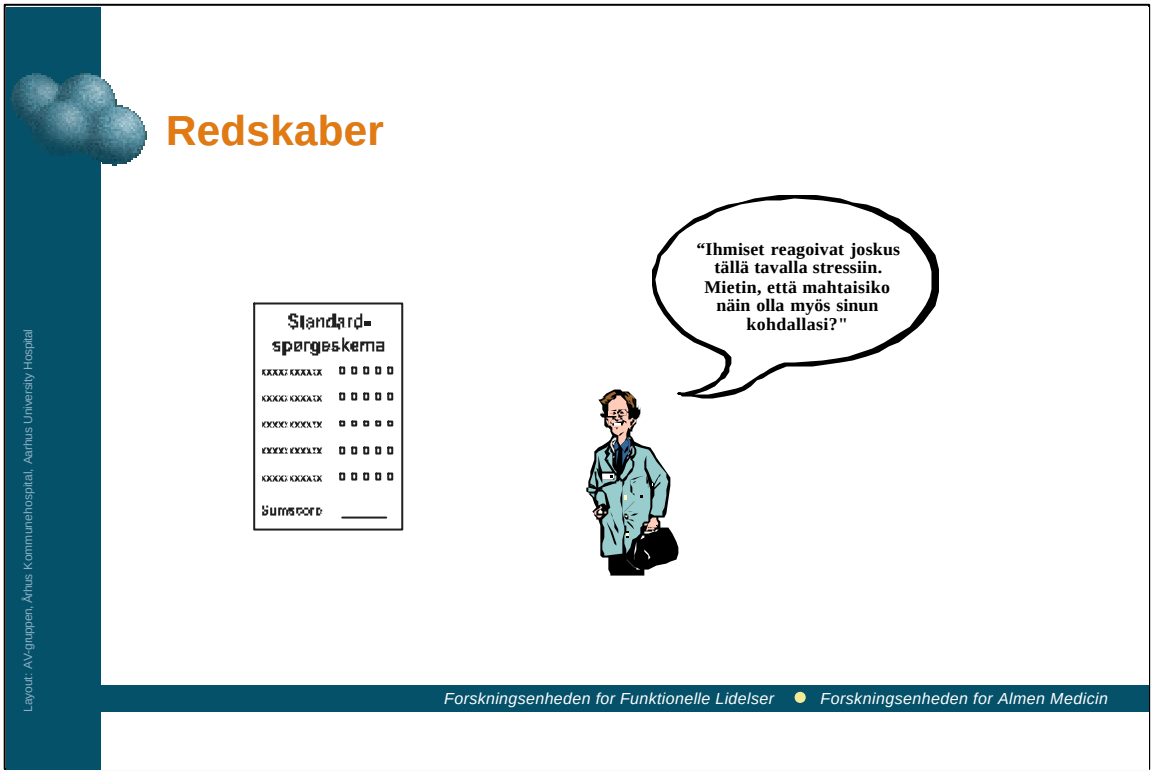
Som I alle ved, er dette et relativt nyt efteruddannelsesprogram, så I må have os undskyldt, hvis der er nogle skønhedsfejl undervejs, eller der er noget, I synes, vi har glemt.

Sig endelig til - vi håber meget på, at vi får nogle gode diskussioner, og ikke mindst, at vi får det sjovt.

Omtal praktiske forhold.

Når vi har talt om indholdet i dette kursus, har vi talt meget om værktøjer eller redskaber. Et værktøj, der næsten altid er effektivt over for vanskelige patienter er:

Næste dias

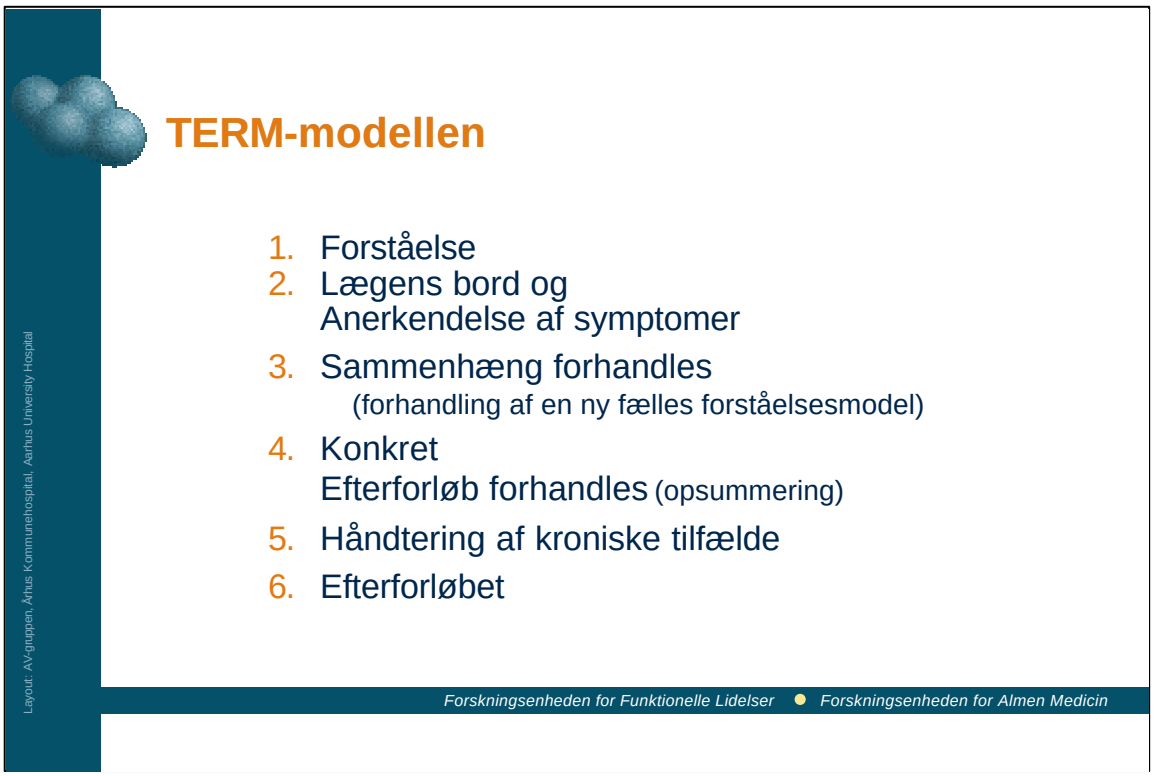


Den form for redskaber, vi skal arbejde med i de 2 dage er først og fremmest "elementer i dialogen". Vi håber måske at kunne lære jer nogle magiske ord og sætninger i løbet af kurset. Desuden vil standardspørgeskemaer som diagnostisk redskab blive gennemgået på 2. aftenmøde.

(I boblen står på finsk:

"Jeg ser nogle gange sådanne symptomer hos mennesker, der er stressede. Jeg tænker på, om det samme kunne være tilfældet for dig ?")

Den skal vi imidlertid ikke bruge 2 dage på at lære at betjene.



Den model, vi vil arbejde efter, har vi kaldt TERM-modellen. Det er en videreudvikling af The Reattribution Model, som er udviklet af Linda Gask i Manchester, hvor hun igennem flere år har undervist praktiserende læger i den.

Linda har været vores konsulent i udviklingsarbejdet og har været her over og undervise underviserne.

Modellen gælder behandling af funktionel lidelse generelt - altså ikke kun de svære tilfælde, men også de lette. Ved at behandle somatisering allerede mens det er lette tilfælde, kan man måske forebygge udviklingen af kronisk lidelse.

Modellen består af disse 5 hovedelementer, som I vil komme til at kende, så I kan dem i søvne, når kurset er færdigt.

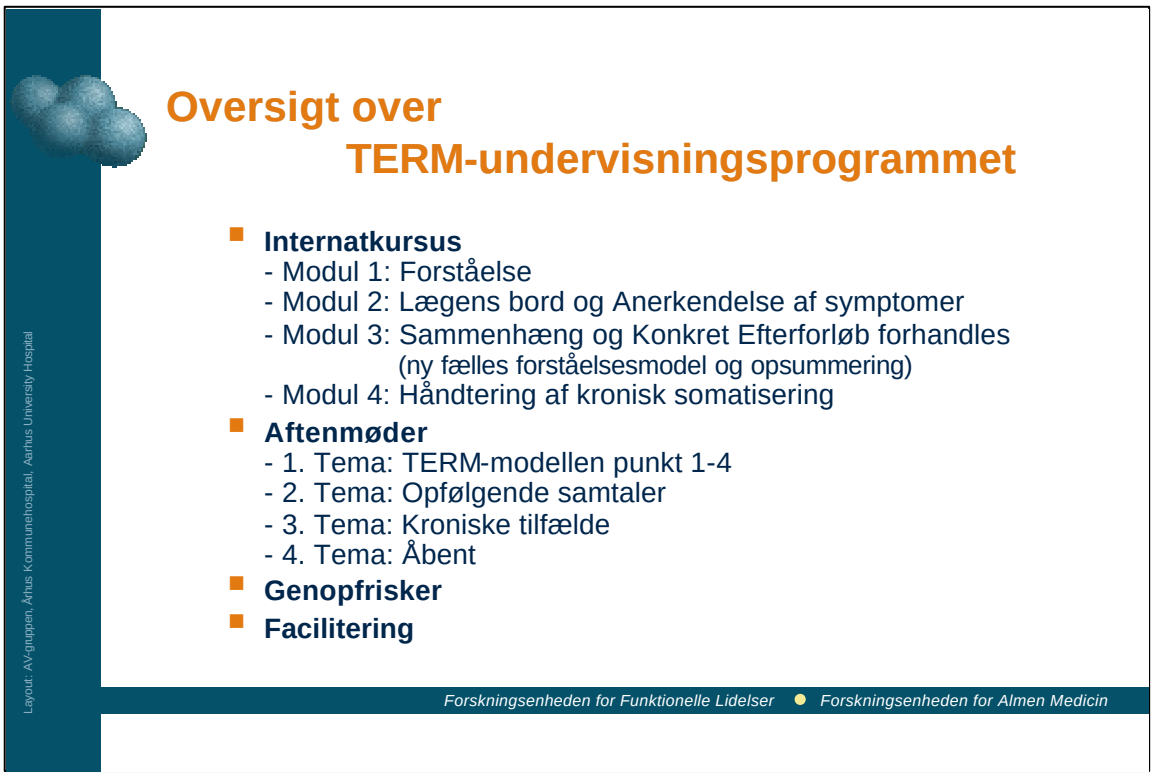
Forskellen mellem vores model og den originale er hovedsagelig, at vi har bygget et modul på om de kroniske tilfælde dvs. punkt 5 og noget af punkt 4.

De øvrige ændringer er små, hvilket I også vil se, hvis I ser den video, som Linda Gask har lavet, hvor hun gennemgår sin model.

Den kan I få udleveret i forbindelse med aftenmøderne, og vi vil bruge klip fra den i de kommende dage.

Punkterne er (LÆS SLIDE OP) .

Til punkt 1 skal det nævnes, at det vigtige nok så meget er, at patienten føler sig forstået, ud over at lægen forstår patienten.



1) Der er i alt 4 moduler i dette internatkursus, hver af 3 times varighed.

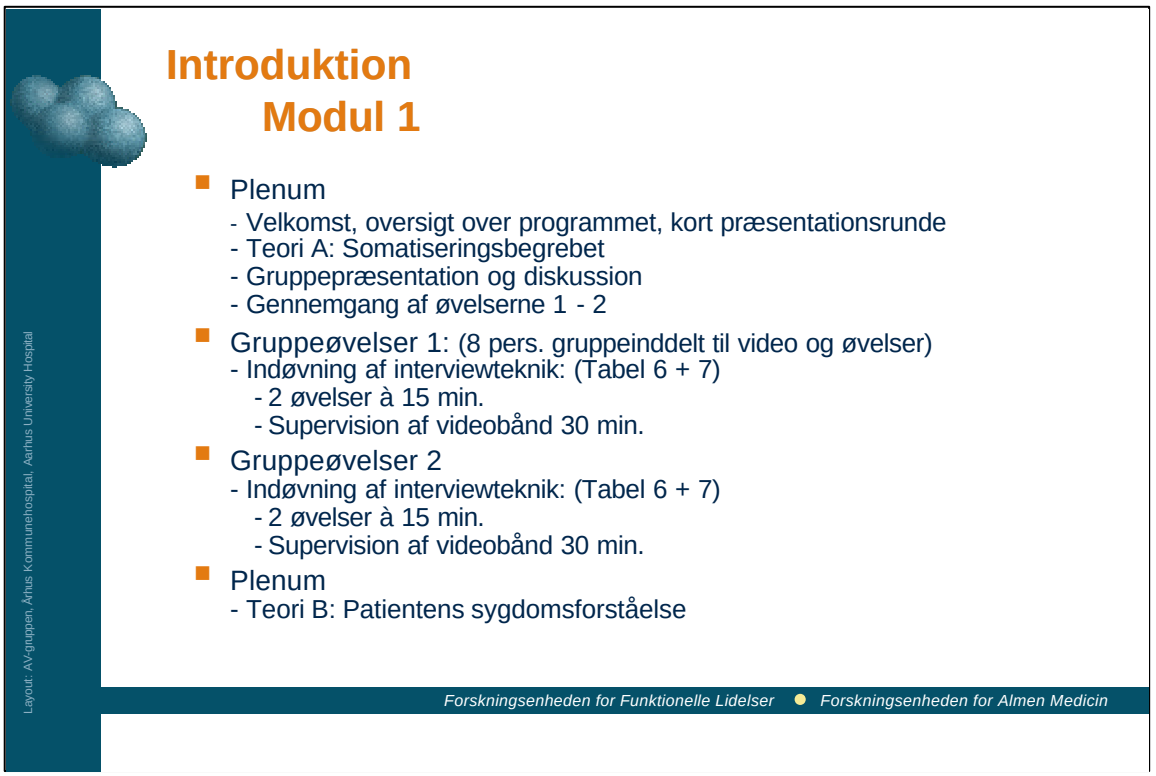
I modul 1 vil vi arbejde med (læs modulerne op)

Emnerne for hvert modul er trykt i programmet.

Kurset følges op af XX aftenmøder

Vi har sat nogle emner på til aftenmøderne, men disse må ikke tages alt for bogstaveligt, idet det især er jeres behov, der vil styre dem. Til aftenmøderne vil vi derudover fokusere på hele konsultationer, mens vi her på internatet mere vil arbejde i brudstykker.

I XX måned mødes vi til en booster og til XX er der et praksisbesøg, hvor I sammen med en facilitator kan tage op, hvordan det fungerer i dagligdagen at bruge noget af det I har lært.



Hvert modul er opdelt efter en nogenlunde fast skabelon. I kan også se det i den udleverede oversigt

Her ser i programmet for i formiddag, hvor vi starter med dette plenum, som varer 30 minutter.

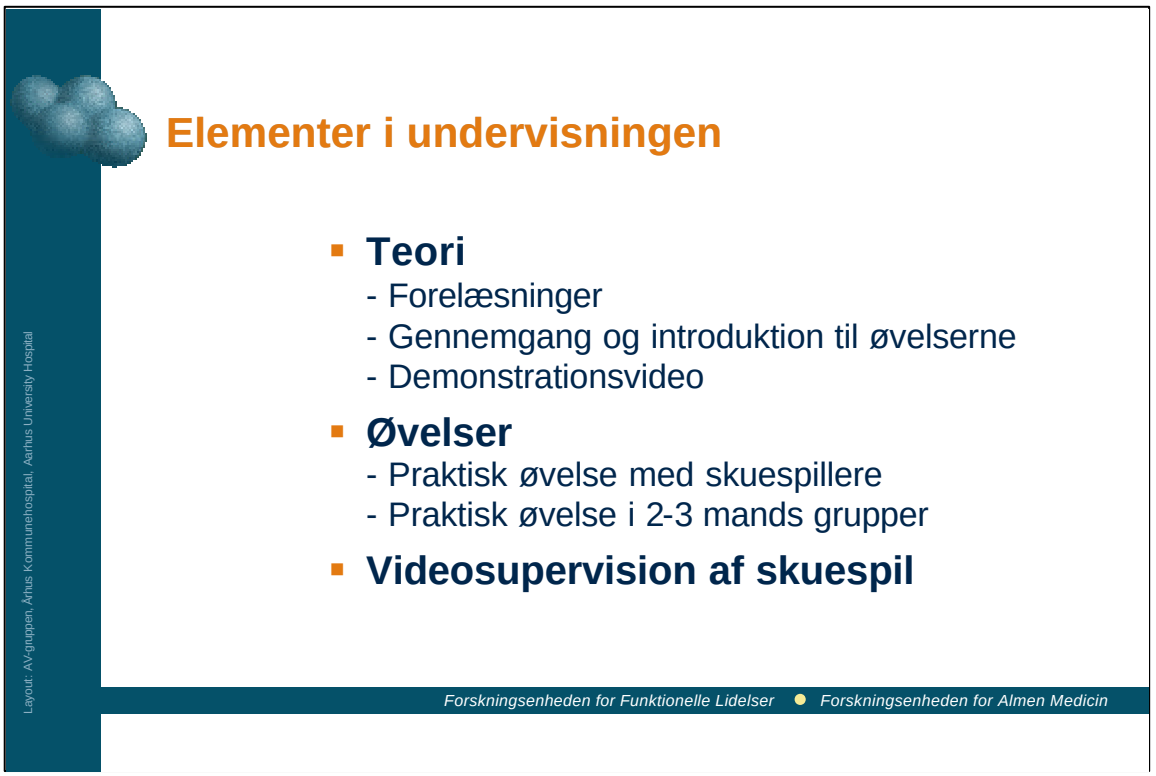
Efter denne introduktion vil XX kort gennemgå somatiseringsbegrebet.

Herefter har vi en kort runde i grupperne, hvor I kort kan præsentere jer selv, og I kan diskutere, hvilke erfaringer I har med denne type patienter, og hvad I gerne vil have ud af kurset.

Fordelingen i grupperne har I fået tilsendt.

Vi vil herefter gennemgå øvelserne 1-2, og dem skal I arbejde med efterfølgende.

Før frokost slutter vi af med teori B om patientens sygdomsforståelse.



Der indgår således disse elementer i kurset:

Som nævnt starter vi med et teoretisk oplæg i relation til øvelsen.

Herefter gennemgås øvelserne, og der vil blive vist en kort demonstrationsvideo som illustration af, hvordan den der irriterende næsten perfekte læge gør det! Disse små bidder er taget fra Linda Gask's demonstrationsvideo.

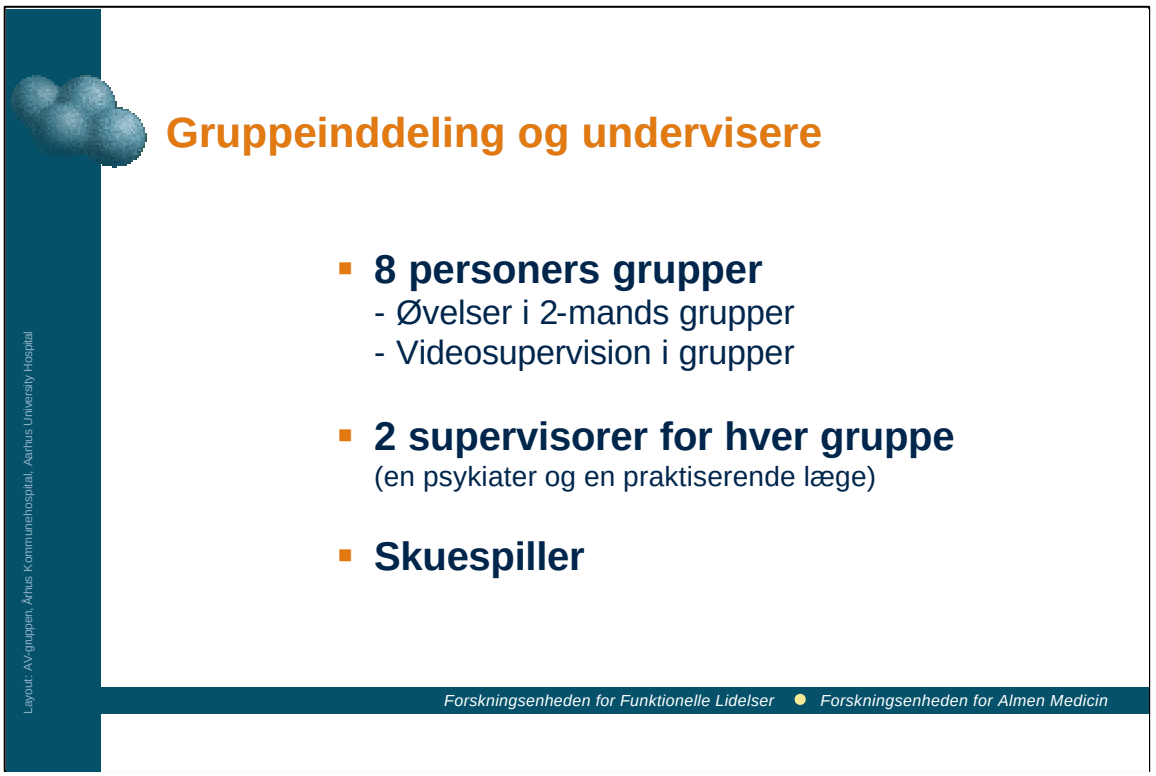
Som nævnt er det herefter jeres tur til at øve.

De praktiske øvelser foregår 2 og 2 (evt. en enkelt 3-mandsgruppe ad hoc), og I vil få udleveret en detaljeret instruktion.

Og så det mest spændende.

Under hver øvelse får 2 i hver gruppe lejlighed til at prøve en øvelse af med en "ægte patient" (som i parentes skal røbes er en ægte skuespiller).

Disse øvelser bliver videooptaget og bagefter superviseret i 8 mandsgruppen.



Vi arbejder med hold á ca. XX læger. Disse grupper er samtidigt de hold, der kører videre de 3 aftener i efterforløbet, og det er de samme supervisorer, der vil fortsætte.

Fordelingen på 2-mandshold organiserer I sammen med supervisor.

Det er meningen, at I skifter partner efter hver øvelse, så I ikke bliver alt for trætte af hinanden.

Der er 2 supervisorer til hver gruppe, og disse vil cirkulere rundt i gruppen så I kan fange dem, hvis der er spørgsmål eller kommentarer.

Supervisorerne er som nævnt XX

Grunden til, at vi anvender skuespillere, er, at man har erfaring for, at man så mere tvangsfrit kan prøve forskellige metoder af. Man risikerer ikke at komme til at sidde over for en perfid kollega, der har taget sin mest umulige patient med.

I vil få udleveret forskellige materialer under kurset, som gerne skulle hjælpe jer med overblikket.

Der ligger et ringbind, som I kan sætte det ind i, efterhånden som det bliver udleveret. Nogle ting er allerede sat ind i mappen.

I har fået tilsendt TERM-hæftet, som I kan bruge som en slags basisbog.

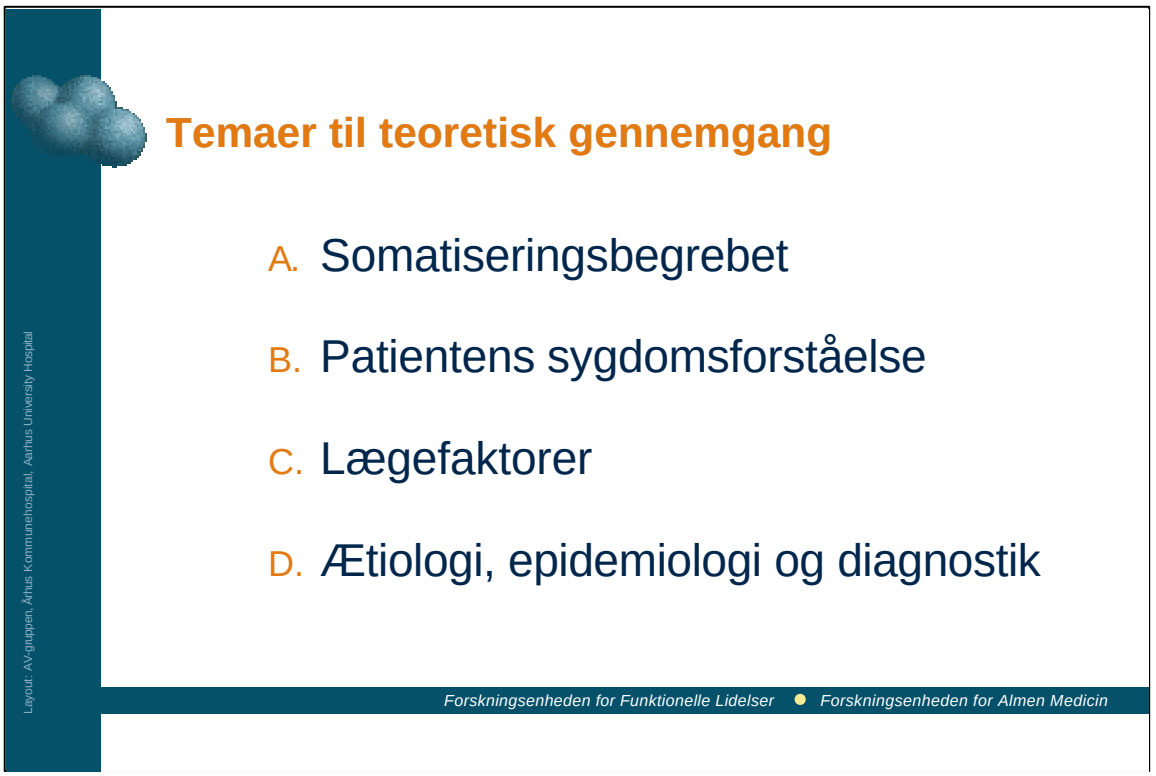
Der står mere i den, end der vil blive gennemgået på kurset, og vi vil varmt anbefale, at I læser den, hvis I ikke allerede har gjort det.

I arbejdsmappen finder I programmet for internatet og aftenmøderne og kopier af alle plancher, der bliver gennemgået, hvor i kan skrive til.

I forbindelse med de forskellige øvelser skal I bruge forskellige øvelsesinstruktioner. Dem finder I også i arbejdsmappen.

I løbet af aftenmøderne vil de, der gerne vil have den, få udleveret en demonstrationsvideo, som præsenterer den originale engelske model, som vi har fået tekstet på dansk. Den varer 80 min.

Endelig vil I på 2. aftenmøde blive introduceret til redskabet Diagnostisk Hjælp med huskekort og et diagnostik hjælpeskema for de 4 hyppigeste psykiske lidelser i almen praksis, som I kan bruge i jeres praksis.



De 4 teoretiske gennemgange (i programmet kaldet Teori a) til d) omhandler følgende emner:

LÆS OP FRA SLIDE

Er der nogle spørgsmål?

XX vil herefter gå over til det første teoretiske indlæg.

SIDSTE SLIDE

15 min.

Manualen kap. 1

Før vi går i gang med at træne de enkelte færdigheder i behandlingen af patienter med somatoforme symptomer, er det nødvendigt helt kort at gennemgå somatiseringsbegrebet.

Vi vil i morgen tage hul på den nærmere underinddeling og diskutere både ætiologi, epidemiologi og comorbiditet.

Definition af somatisering

Tilstande hvor patienten er plaget af eller bekymret over fysiske symptomer, som patienten tilskriver en somatisk lidelse, men for hvilken der ikke kan påvises et adækvat organisk eller patofysiologisk grundlag.

P. Fink et al 1999

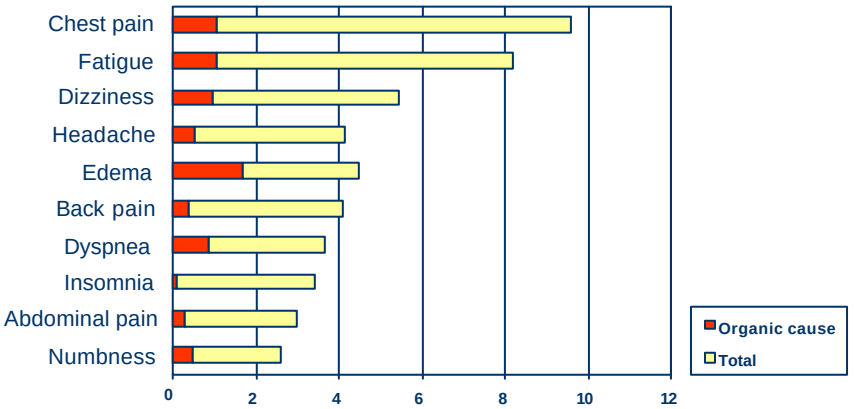
Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Somatisering defineres ofte som (LÆS OP)

I praksis taler vi ofte om medicinsk uforklarlige symptomer eller symptomer uden organisk grundlag.

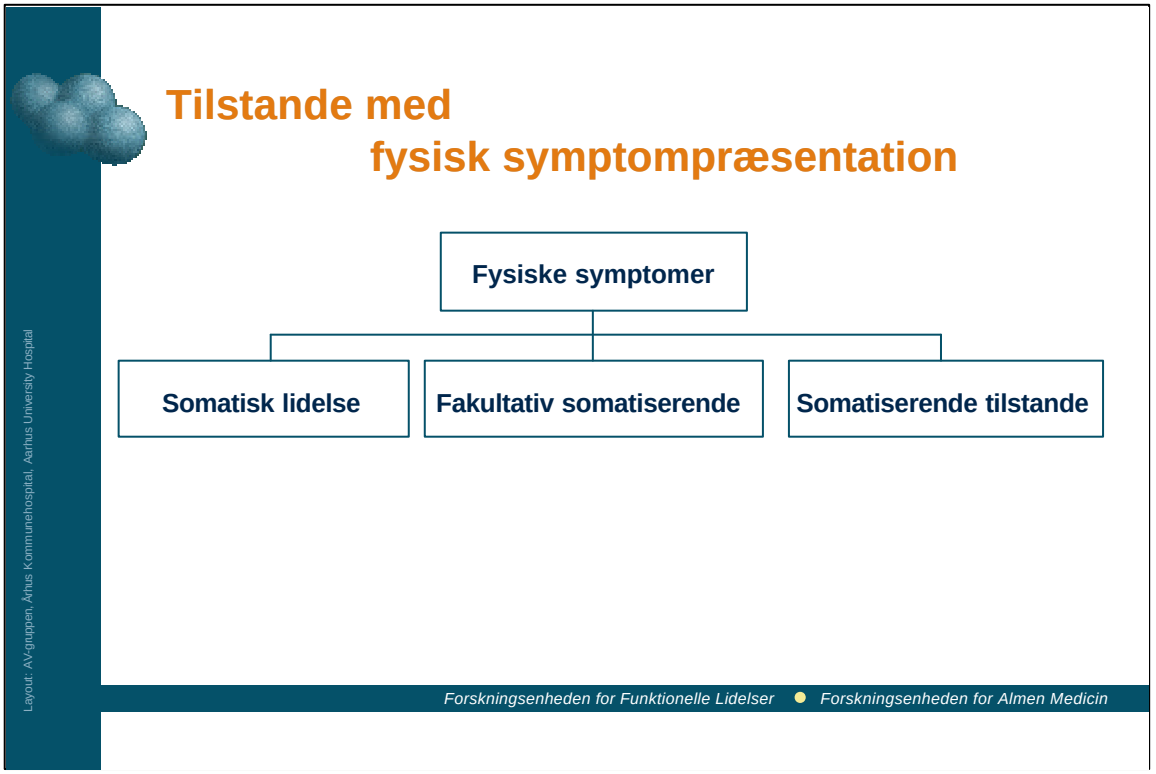
Incidence of 10 Common Symptoms

in 1000 Internal Medicine Outpatients



Kroenke & Mangelsdorff 1989

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital



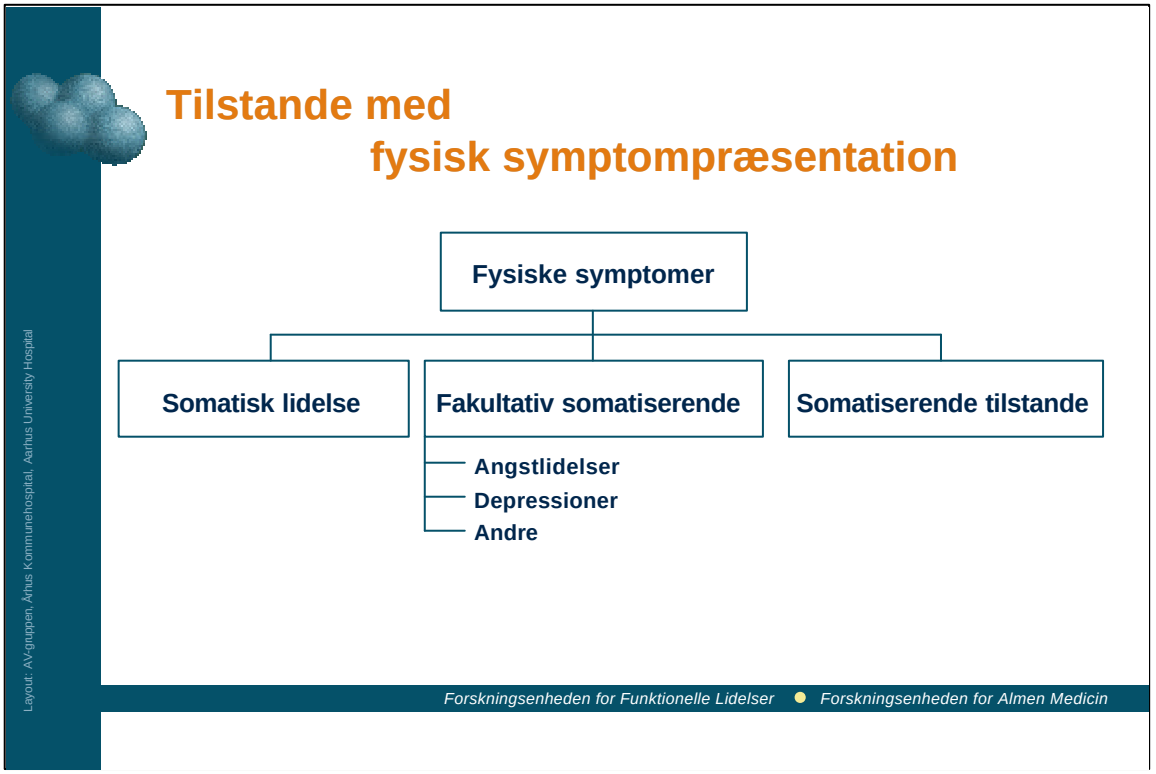
Her ses en måde, hvorpå man kan inddele patienter, der henvender sig med fysiske symptomer.

Det kan dreje sig om en somatisk lidelse.

Desværre er der læger, der ofte kun kommer hertil.

Det kan dreje sig om noget, vi kalder fakultativ somatisering eller præsenterende somatisering

og endelig om egentlige somatiserende tilstande



Ved fakultativ somatisering forstår vi det fænomen, at de fleste psykiske lidelser primært præsenterer sig med fysiske og ikke emotionelle symptomer.

Vi ved, at mellem 50-90% af patienterne med en depression primært henvender sig til deres læge pga. af fysiske symptomer.

Fysiske symptomer ved depression

- Træthed
- Smerter
- Søvnforstyrrelser, morgenvågning
- Obstipation
- Indre uro, motorisk uro
- Mundtørhed
- Ændret appetit og vægt
- Langsomme bevægelser og stivhed
- Langsom reaktion

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Det er symptomer som LÆS NOGLE AF DEM.

Fysiske symptomer ved angst

- Hjertebanken, palpitationer, brystsmerter
- Åndenød, kvælningsfornemmelse
- Svimmelhed, hedeture, kulderysten
- Svedtendens, rødmen, mundtørhed
- Rysten eller sitren
- Muskelspændinger og –smerter
- Paræstesier eller dødhedsfornemmelse
- Øvre dyspepsi (mavesmerter, pyrosis, kvalme, synkebesvær)
- Globulusfornemmelse
- Diarré / obstipation, evt. vekslende
- Hyppig vandladning
- Akkommodationsforstyrrelser

Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser ● Forskningsenheden for Almen Medicin

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Ligeledes ved angst vil der altid være fysiske symptomer tilstede som LÆS NOGLE AF DEM.

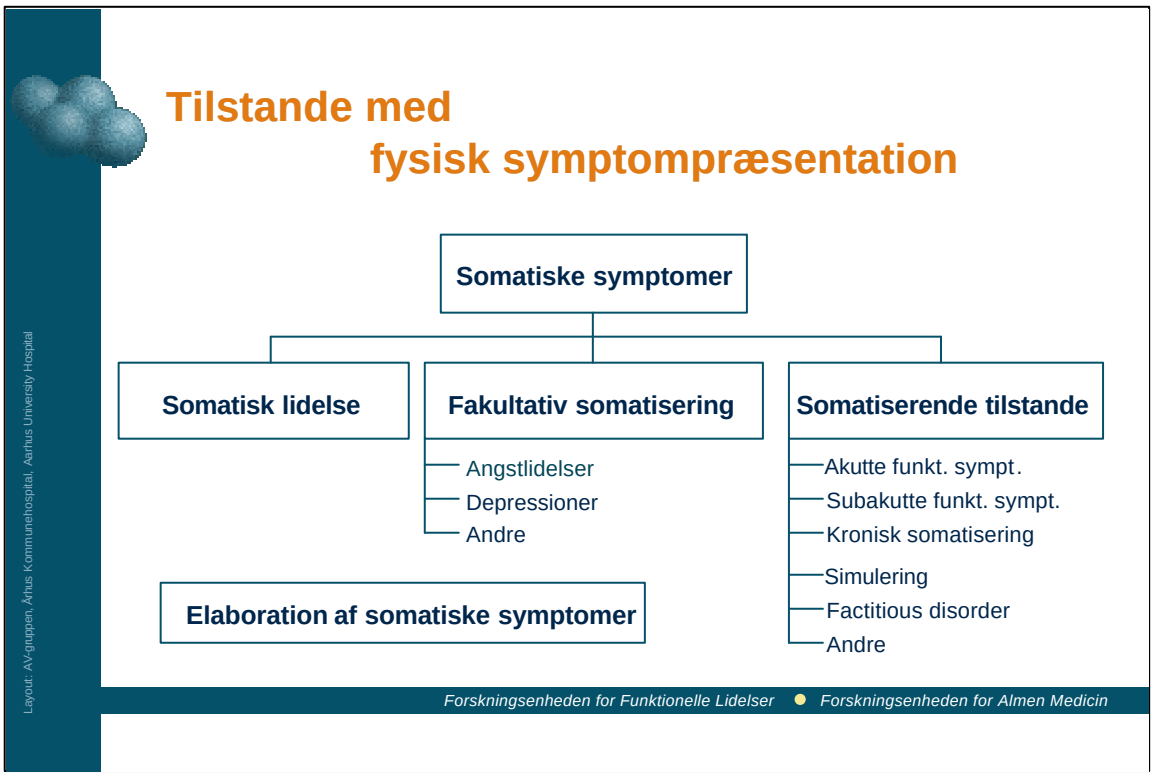
Det er klart og naturligt, at angstpatienten eller patienten med en depression kan tro, at det, de lider af, er en fysik lidelse.

Lægen kan også gå i vandet ved at fokusere på de fysiske symptomer.

(Skift billede til Napoleon)

Dette er bedre illusteret med denne tegning end mange ord.

Der står ved siden af tegningen "Alt for mange danske læger fokuserer kun på de fysiske symptomer og overser den psykiske lidelse, der ligger bagved".



Forskellen mellem de fakultative somatiserende patienter og de egentlige somatiserende patienter er, at de fakultative somatiserende patienter accepterer den korrekte diagnose, når den bliver stillet, hvorimod den ægte somatiserende patient er umulig eller meget vansklig at overbevise om, at de ikke har nogen somatisk lidelse.

Patienten med angst siger "ja, men det var da godt doktor, at der ikke var noget alvorligt galt med mit hjerte. Hvad skal vi så gøre ved min angst?

Man kan sige, at for de fakultative somatiserende patienter drejer det sig om en fejldiagnose.

Det er ofte et simpelt håndværk at stille en depressionsdiagnose på samme måde som en appendicitisdiagnose.

Til gengæld er det overordentligt vigtigt, idet der er en dødelighed på op mod en 15-20% ved depressioner, og vi har i dag effektive behandlingsmetoder.

Det er kun få somatiske lidelser, der har en så høj dødelighed.

De egentlige somatiserende tilstande kan inddeles i flere grupper, men her på kurset vil vi bruge en simpel inddeling, som er anvendelig i almen praksis - i LÆS SLIDE.

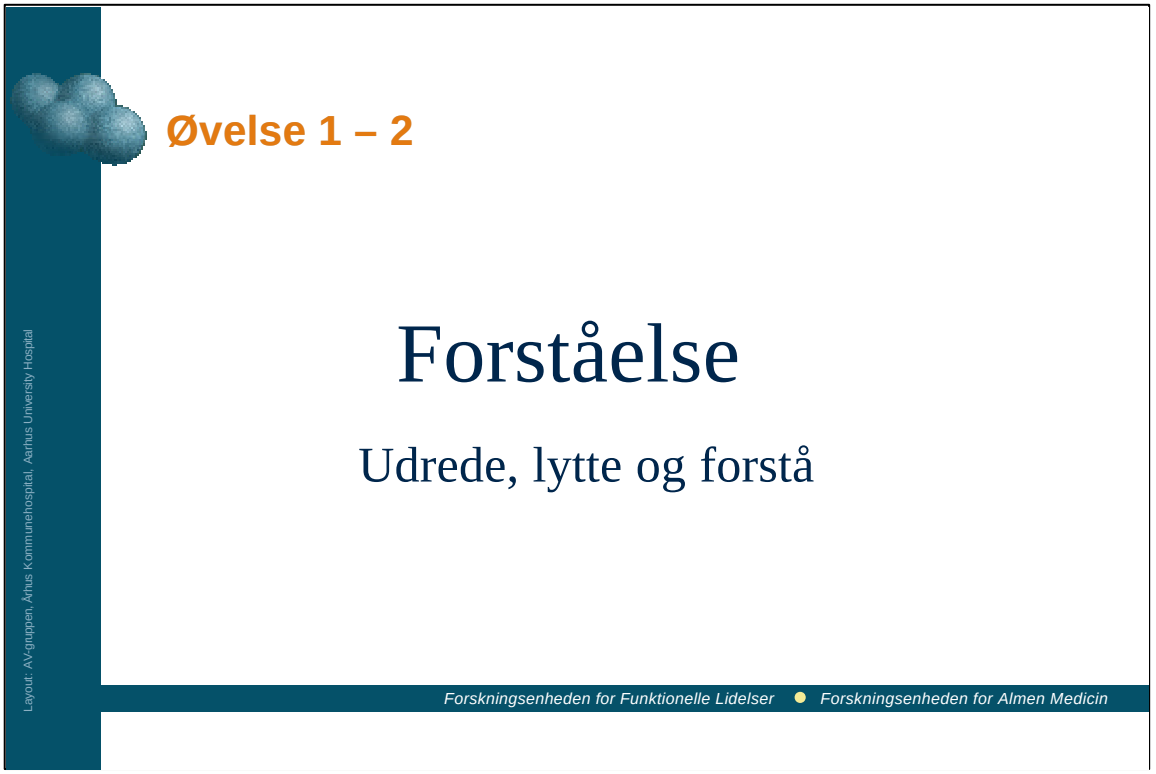
Der er også nogle andre tilstande, som vi ikke vil beskæftige os ret meget med, men i morgen vil jeg komme lidt ind på simulering og Factitious Disorder i forbindelse med de kroniske tilstande.

Elaboration (dvs. udbygning af) somatiske symptomer vil vi heller ikke arbejde ret meget med.

Før vi nu går ud i grupperne, vil vi vise en lille video, som vi optog under træningskurset for underviserne, så I kan se, hvordan det er, man skal gøre det! (start videoen og spørg bagefter, om der er spørgsmål). Husk, at angive grupperumsinddelingen.

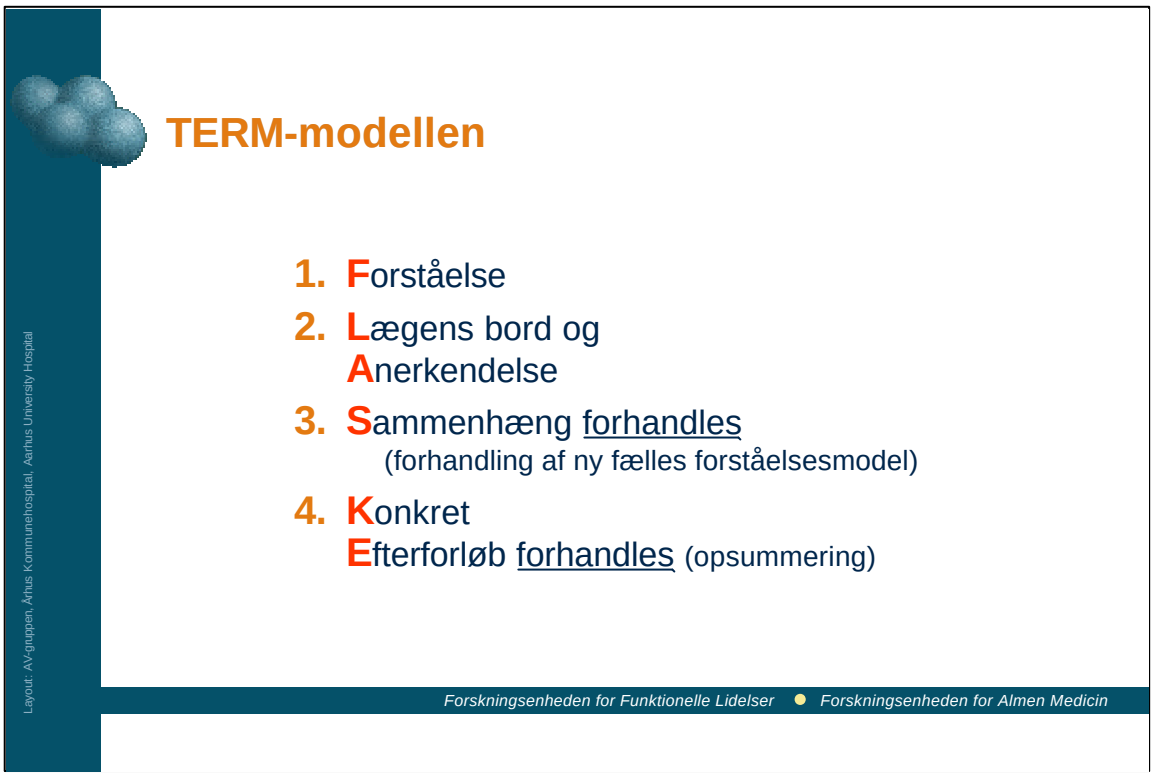
Spørgsmål

SIDSTE SLIDE



25 min.

Manualen pp 29-31 og og pp 32-33



Vi vil i denne øvelse tage fat på det første punkt i TERM-modellen: at få patienten til at føle sig forstået.

Psykologisk set er det, det vigtigste punkt i hele behandlingsprogrammet, at patienten føler, at lægen forstår ham og har forstået det problem, som han kommer med.

Har man opnået det, er man kommet meget langt, og jeg vil endda sige, at det er en forudsætning for at kunne give en tilfredsstillende behandling.

Det kan virke banalt, men det er meget ofte specielt hos patienter med funktionelle lidelser, at det er der, det går galt, hvilket resulterer i, at patienten føler sig afvist og dermed er utilfreds.

I har garanteret alle lagt øre til patienter med funktionelle lidelsers klager over, at de føler sig afvist, overset eller misforstået af familie, kolleger og af læger.

Så har man først opnået, at patienten føler sig forstået, er 50% af succesen hjemme!

På denne planche er de punkter, der kan bidrage til, at patienten føler sig forstået og hørt.

De fremhævede punkter vil blive gennemgået i den første session fra kl. 10-12.

Punkterne under linjen vil vi komme tilbage til i næste session.

Før vi tager fat på disse punkter, vil jeg gennemgå nogle generelle interviewteknikker, som kan anvendes til at opnå en bedre kontakt og forståelse med patienten.

Her ses igen oversigten over de generelle interviewteknikker, som vi arbejder med her i formiddag i de første øvelser

Prøv specifikt at træne punkterne over stregen i øvelse 1 og fokusér først på elementerne under stregen i øvelse 2.

LÆS SLIDE

Vi vil herefter gå tilbage til selve TERM-modellen.

Det første punkt i såkaldt sokratisk spørgeteknik er at være neutral og ægte nysgerrig.

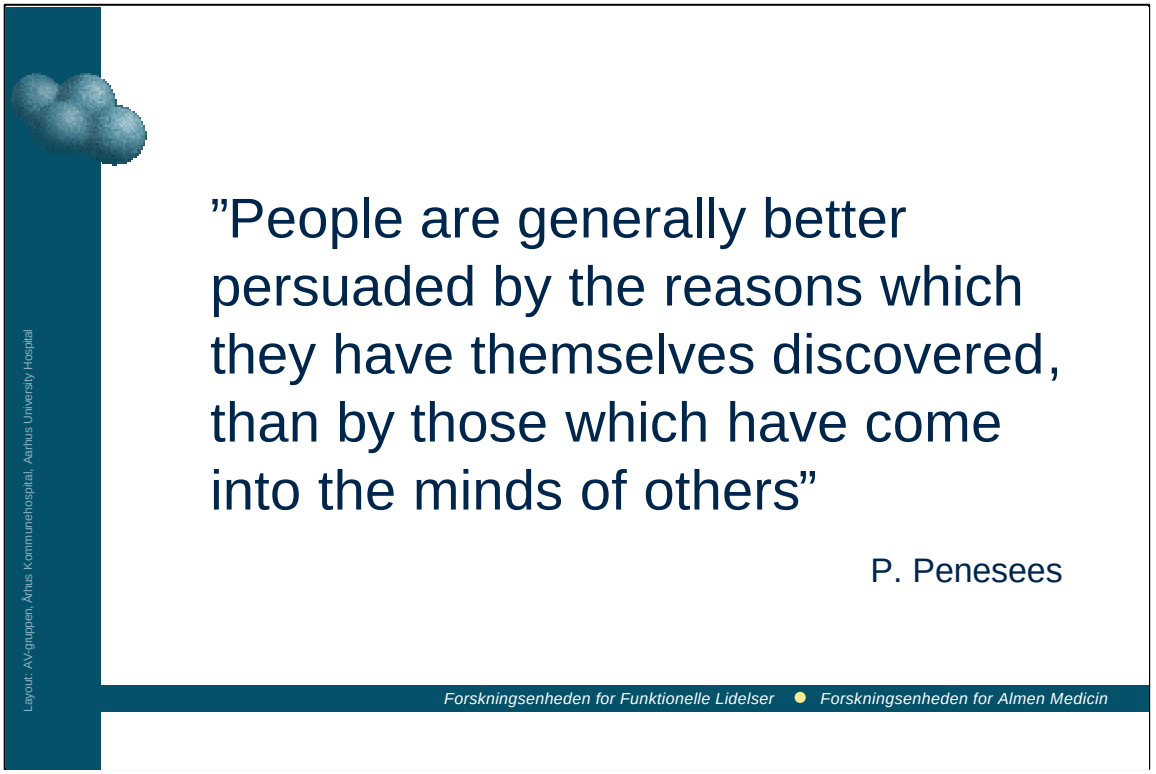
Det er ofte svært for læger, idet vi er vant til at være "effektive" og styrende i samtalen for at få noget fra hånden, men rent faktisk behøver det ikke at tage mere tid. Set over en længere tidshorisont kan det tværtom være tidsbesparende, idet patienten ikke bliver ved med at komme tilbage og forklare problemet på ny, fordi han ikke føler, lægen har forstået ham.

Opgaven er at prøve at forstå, hvordan patienten tænker og føler og opfatter tingene.

Man bliver ofte overrasket over, at patienten tænkte helt anderledes, end man troede.

Det er vigtigt at være neutral, idet mange patienter er bange for at komme til at udstille deres uvidenhed over for eksperten, hvorfor de er tilbageholdne med at fortælle om den.

På denne dias er der eksempler på spørgsmål, der kan anvendes. LÆS DEM HØJT

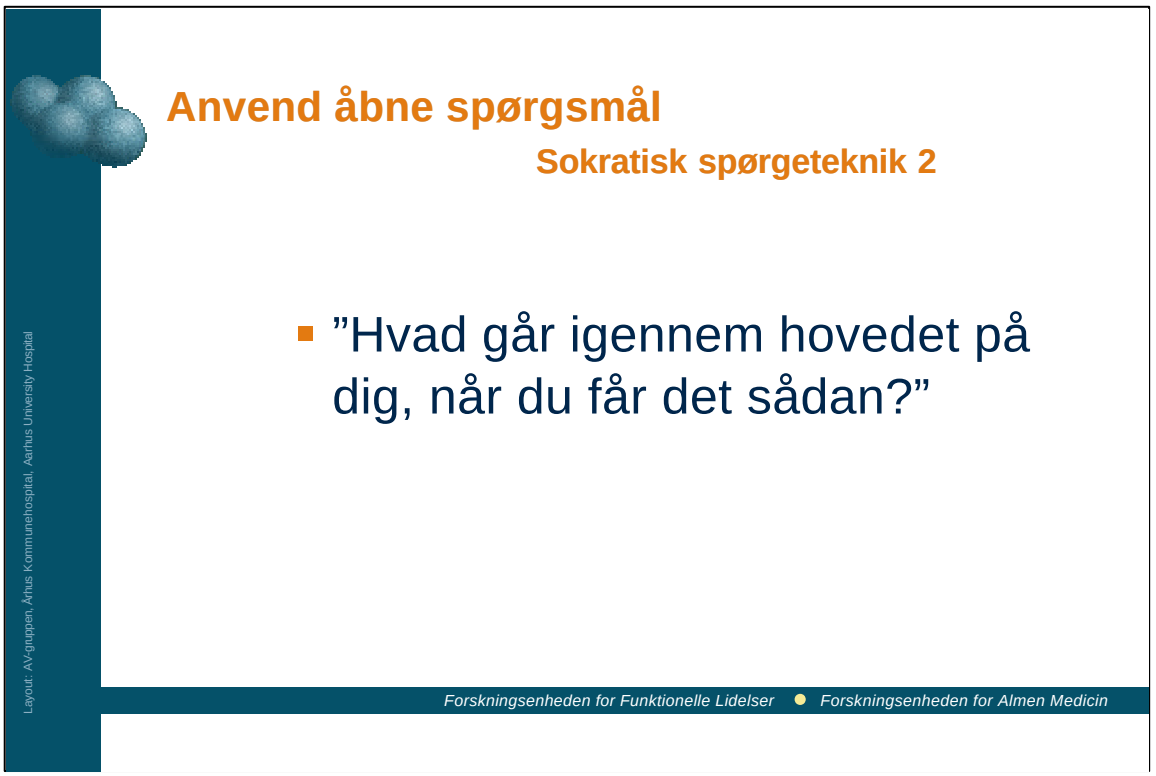


Folk overbevises lettere af de forklaringer, de selv kommer frem til, end dem, som andre mennesker forsøger at pådutte dem.

Penesees’ udtrykte det i 1600-tallet på følgende måde, at folk generelt letter lader sig overbevise af de forklaringer, de selv har opdaget fremfor af dem, som andre har tænkt.

Selv om det kan være svært, er det derfor vigtigt, at man styrer sin lyst til at komme med præmature forklaringer og råd.

Kunsten er igennem en diskret guiding at få patienten til selv at komme på sporet.



At man skal bruge åbne spørgsmål, har været kendt længe.

En god formulering, som vi ofte anvender i kognitiv terapi, er denne.
Vendingen er utrolig effektiv - prøv den.

Ved denne formulering begynder patienten ikke at fortolke, som de hyppigt gør, hvis man f.eks. spørger "Hvad tænker du..." .

Man får mere deres umiddelbare tanker og indfald.

Benyt opmuntringer (facilitering)

Sokratisk spørgeteknik 3

- ”Aha!”
- ”Fortæl noget mere”
- ”Fortæl noget mere om”

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Opmuntring af patienten kan være alt fra opmuntrende grynt til mere direkte opfordringer om at fortælle noget mere.

Simpelt, men det virker (I kan prøve det på konen/manden derhjemme, og I vil sikkert blive forbavset, hvor lang tid der går, før hun/han opdager det) .

(Mange vil huske Bendix for at fremhæve denne teknik ved blot at gentage patientens sidste ord.)

Modsat hvad nogle måske kunne tænke, drejer det at anvende sokratisk spørgeteknik sig ikke om blot at lade patienten tale frit fra leveren og styre hele samtalen.

Mange patienter vil så hurtigt kunne bruge de 10 minutter uden at få sagt, hvad de kom for.

Det er lægens opgave at hjælpe pt. med at holde fokuset, hvis de fortaber sig i detaljer eller uvæsentlige emner.

F.eks. spørgsmål, som dem I ser her, kan være med til at fastholde patienten i emnet, uden at de føler sig afbrudt.

LÆS SLIDE

I vil forhåbentlig under dette kursus lære disse, så de sidder på rygmarven, og når de først er lært, er det ikke meningen, at I skal gå at huske på dem.

I benytter formodentligt allerede flere af dem.

I de 2 første øvelser vil vi bede jer om at fokusere på de fremhævede teknikker.

De øvrige vil vi komme til senere.

På minussiden ses nogle teknikker, som ikke er hensigtsmæssige i forhold til somatiserende patienter og i mange andre sammenhænge.

Dermed ikke sagt, at de ikke kan være gode i nogle situationer.

Ved patienter med myocardieinfarkt er lukkede spørgsmål absolut nødvendige, for at vi hurtigt kan få et overblik over symptomerne.

Det første punkt har vi kaldt sokratisk spørgeteknik.

(evt. fortælles noget om Sokrates).

I første øvelse er medtaget de elementer, der står over stregen, i den næste dem under. LÆS OP: det handler om..)

(I behøver ikke træne i dem, der står med rødt minus!!).

Det er disse fem første punkter, vi lægger ud med. Det er selvfølgelig en fordel, hvis man kan lære sig disse punkter udenad og have dem inde i hovedet som en skabelon, ligesom man har en skabelon inde i hovedet, når man lærer at optage en journal.

Det kan virke lidt kunstigt at arbejde med sådan en skabelon i starten - ligesom når man skal lære et nyt sprog og hele tiden skal tænke på grammatikken. Men med tiden bliver skabelonen indbygget og bruges automatisk.

For de af os, der er kommet op i alderen, er der i det udleverede materiale en oversigt, som kan anvendes som hukommelsesprotese.

Øvelse 1 - 2

Ånden er vigtigere end teknikken

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Symptomanamnese
Forståelse 1

- Hvilke symptomer
- Specifikke eller uspecifikke
- Ledsagesymptomer
- En typisk smertedag
- Variation over tid

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

I skal selvfølgelig også optage en symptomanamnese ved den somatiserende patient.

Glem alt den frygt for sekundær gevinst, som tidligere var meget fremme.

Også somatiserende patienter har krav på en ordentlig udredning.

Psykologisk set er det også vigtigt, idet det giver patienten tryghed, at lægen hører efter og tager deres klager seriøst.

Samtidigt vil dette også give lægen ord større vægt, når han taler med patienten om, at der ikke er grund til bekymring eller flere somatiske udredninger mv.

Uddyb signaler om emotionelle problemer

Forståelse 2

- Du siger, at du føler det hele uoverskueligt – prøv at fortælle noget mere om det?
- Jeg kan forstå, at det må være svært for dig. Prøv at fortælle noget mere om det?
- Det ser ud som om, det går dig på?

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Det næste punkt er at forsøge at opfange signaler om og uddybe hentydninger til emotionelle problemer.

De somatiserende patienter er ofte afvisende over for at diskutere eventuelle psykiske problemer, -det eneste problem, jeg har, er min sygdom.

En måde at prøve at komme om ved dette og komme til at tale med patienten også om psykiske og sociale faktorer er at prøve at holde ører åbne over for de hentydninger, som patienterne næsten altid kommer med og derefter forsøge at få patienten til at uddybe dem.

Patienten kan f.eks. sige "jeg bliver også så deprimeret over, at det ikke går væk". "jeg kan næsten ikke klare det mere" osv.

Prøv blidt at gribe fast i dem, f.eks. kan man sige (LÆS SLIDE sp 1-2) .

Hvis patienten ikke kommer med hints, kan man forsøge at være mere direkte f.eks. "det ser ud som om, det går dig på".

Det er vigtigt på dette tidspunkt, at man ikke hverken anfægter eller bekræfter patientens opfattelse af, at de psykiske problemer skyldes det fysiske besvær og ikke omvendt.

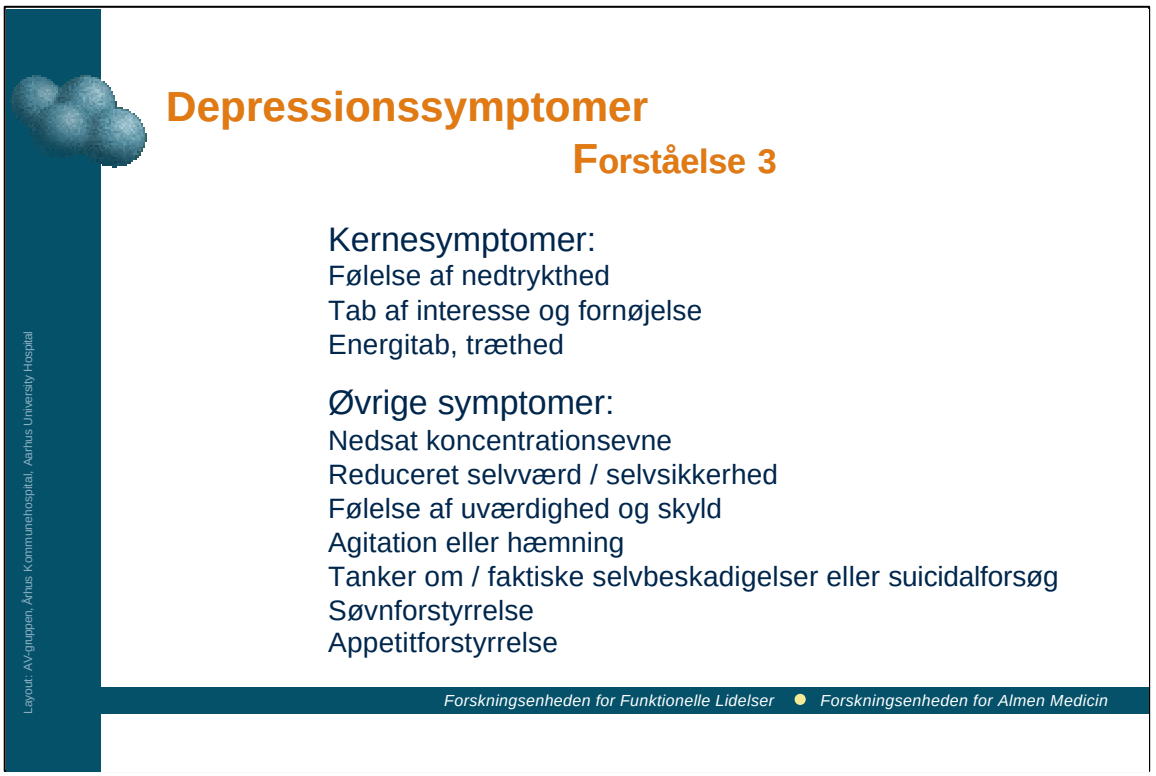
Man bør ofte spørge direkte til depressions- og angstsymptomer, fordi angst og depression er meget hyppige ved funktionelle lidelser, og vi har gode behandlingsmuligheder.

På denne dias ses nogle generelle screeningsspørgsmål.

LÆS SLIDE.

Det er klogt at undgå direkte at anvende ord som depression og angst, idet det kan være stigmatiserende for patienten, hvorfor de vil afvise spørgsmålene.

Siden, når man er mere sikker på diagnosen, kan man forsigtigt introducere diagnosen for patienten og foreslå en behandling.



I mappen diagnostisk hjælp, som I senere får udleveret, vil I finde symptom-checklister for angst og depression og alkohol og somatoforme lidelser.

I er sikkert blevet bombarderet af medicinal industrien med diverse checklister specielt omkring depression.

En checkliste er god at bruge i udredningen også som huskeliste.

På denne dias ser I symptomer ved depression.

For at opfylde kriterierne for en depression skal patienten have mindst 2 kernesymptomer.

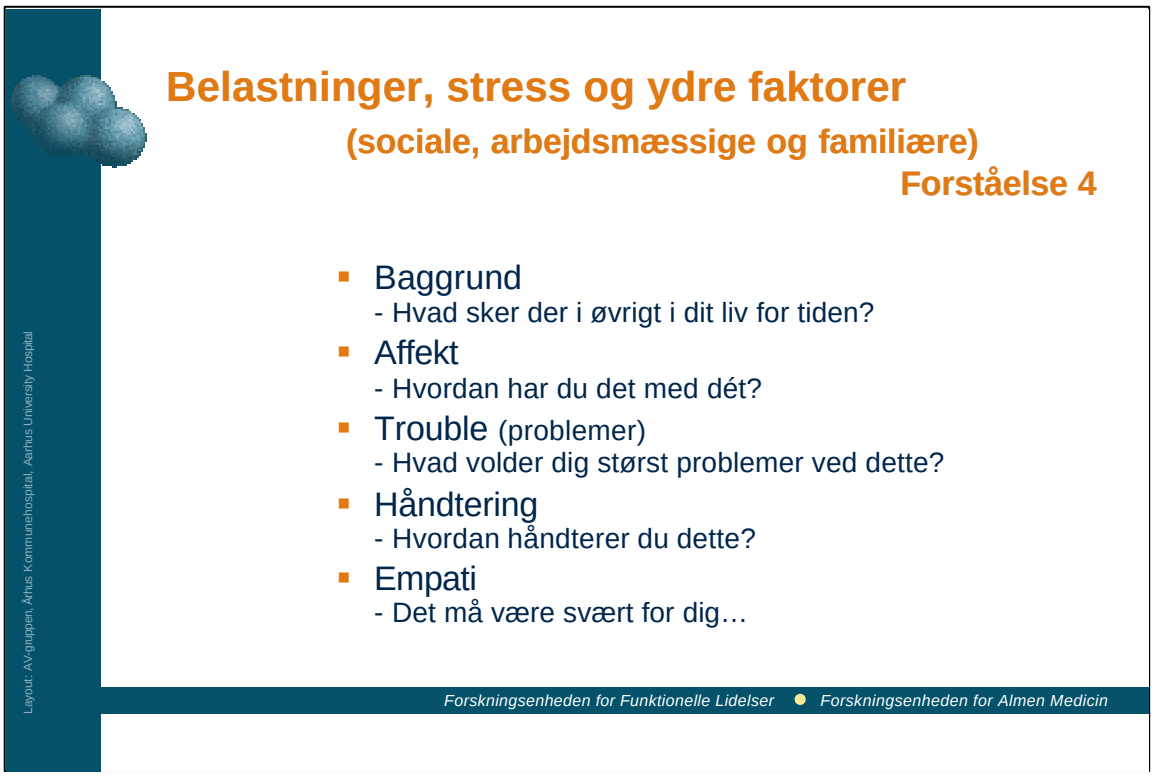
Jo flere af de ørige symptomer patienten har, des sværere er depressionen.

På denne dias ses angstsymptomer.

Der findes flere forskellige typer af angsttilstande f.eks. generaliseret angst, socialfobi og panikangst.

At vi ikke beskæftiger os mere med depression og angst lidelser på dette kursus, skal ikke tages som udtryk for, at vi ikke finder det vigtigt - blot, at der de sidste år har været så meget fokus på det, at vi ikke ville tage det med.

Desuden er der ikke tid til det i kursusprogrammet.



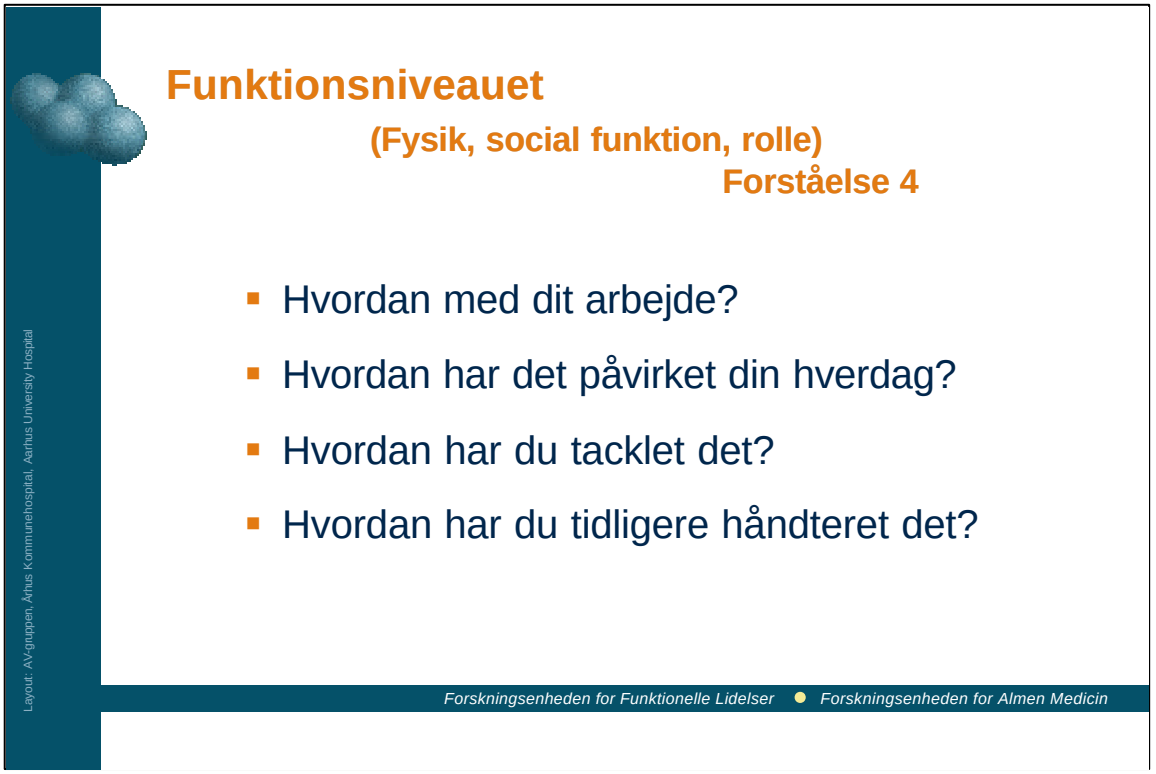
Funktionelle symptomer er oftest en reaktion på psykosociale belastninger, hvorfor det er vigtigt at få udredt dette.

Spørgsmål, som er udmærkede til dette, ses på denne dias.

Nogle af jer vil sikkert kende dem, og de var beskrevet i en artikel af Hans Kallerup og Inga Marie Lunde, Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 1999; 77: side 387-97

Spørgsmålene er også kendt som BATHE-screeningsspørgsmålene.

LÆS SLIDE



Her er en række spørgsmål, man kan anvende til at spørge patienten om deres funktionsniveau.

LÆS SLIDE

Det er vigtigt at få et indtryk heraf, idet der langtfra altid er overensstemmelse mellem funktionsniveauet og sygdomsgraden bedømt ud fra biomedicinske eller psykiatriske mål.

Funktionsniveauet kan være mere relevant, når man ser på sygeligheden.

Et af hovedelementerne i behandling af funktionelle lidelser går netop ud på at forbedre patientens funktionsniveau.

VIDEO

Vi har nu været igennem disse fem punkter, hvor de 3 øverste gennemgås i første øvelse og de sidste 2 (dem under stregen) i næste.

I har fået udleveret en oversigt over de forskellige øvelser i grupperne (den med de grønne bjælker).

Dette er, hvad vi træner i øvelse 1

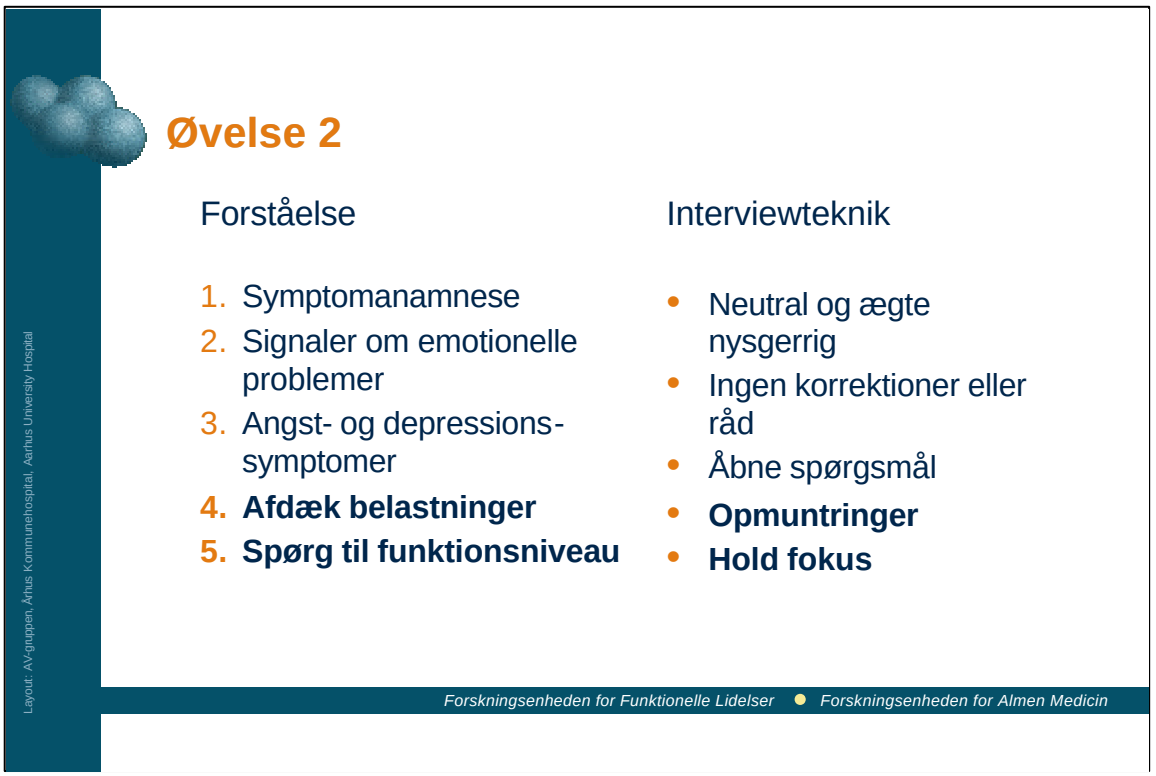
For det første er der opgaverne i første kolonne:

Uddyb symptomanamnesen.

Uddyb emotionelle problemer

Udred specifikt angst og depressions-symptomer.

Dette gør I under anvendelse af sokratisk spørgeteknik og her i første omgang primært ved at anvende: (læs op)

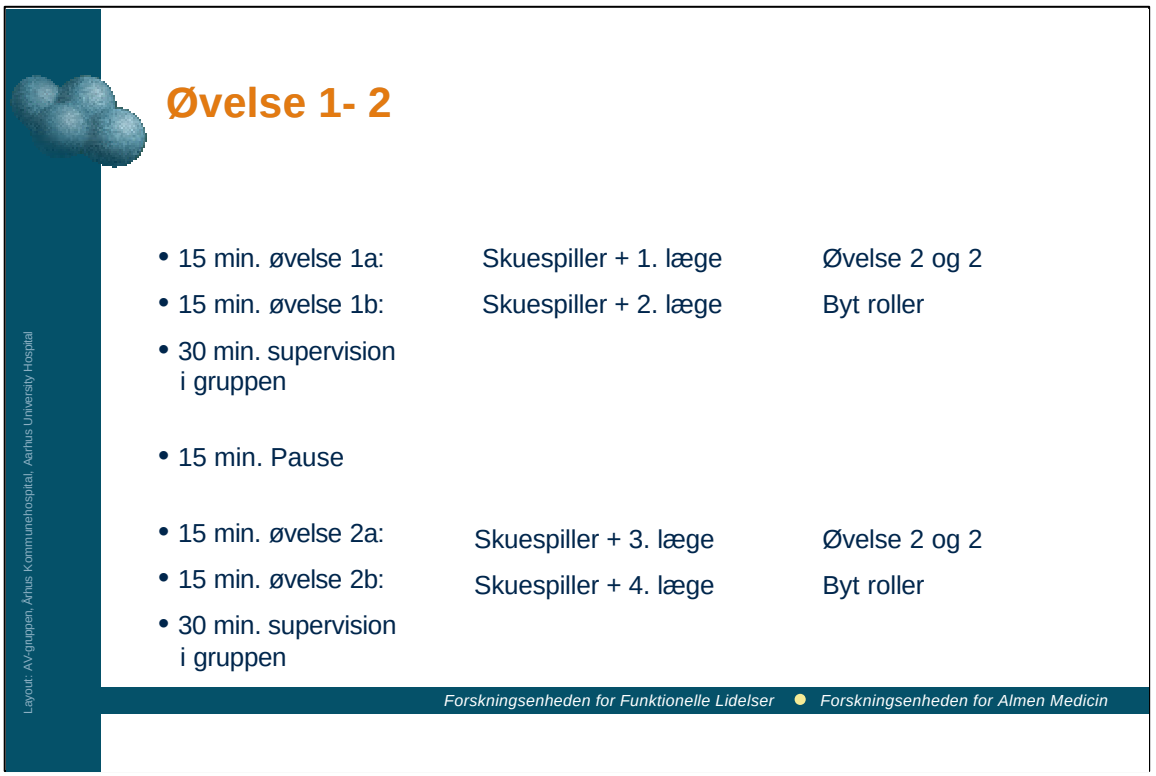


I øvelse 2 skal I prøve at arbejde med at afdække

stress og belastninger

og patientens funktionsniveau.

I må meget gerne bruge spørgeteknikkerne fra sidste øvelse, men prøv især at anvende opmuntringer og fokusering i denne øvelse.



Hver øvelse forgår på den her måde.

2 af jer går ind til videoen, hvor der vil være en skuespiller.

Først interviewer læge 1 ham i 7 min, og derefter er der tid til 5 minutters feed-back fra den anden læge, som ikke bliver optaget på bånd.

Derefter interviewer læge 2 skuespilleren i 7 minutter, og der er 5 minutters feed-back.

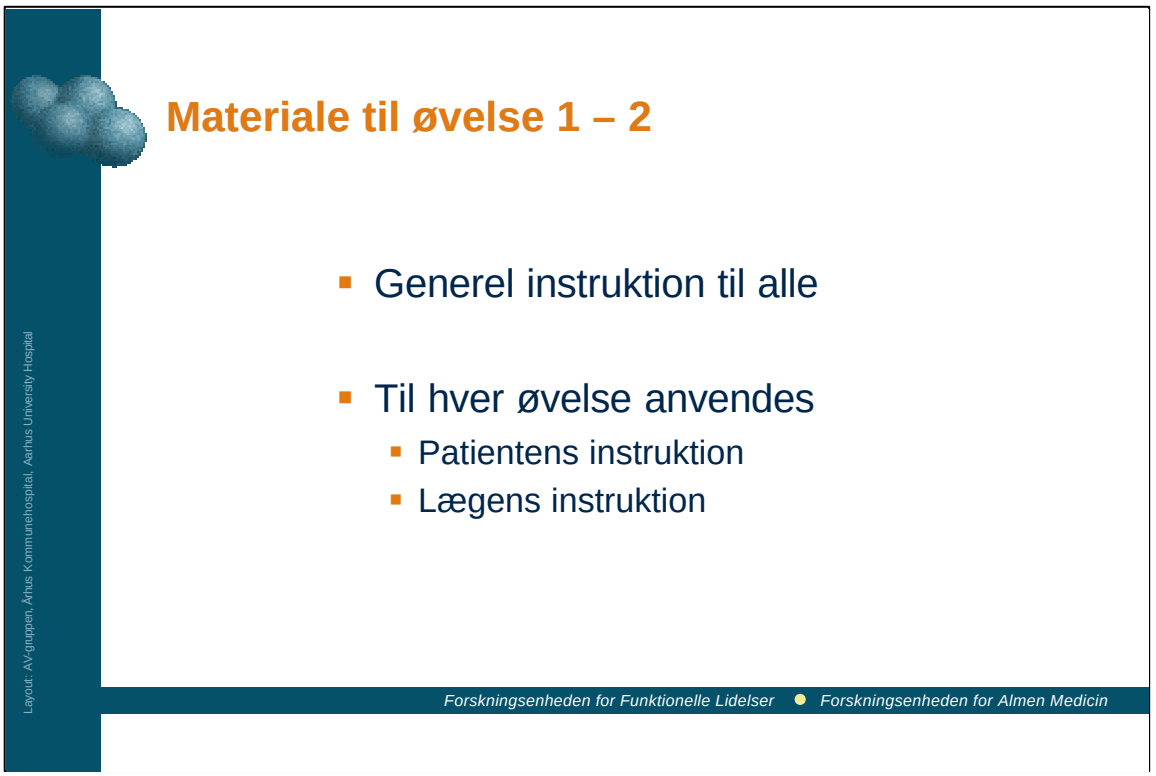
Det er kun den første samtale, der bliver optaget og superviseret i gruppen, men I skal nok alle sammen komme til.

De øvrige deler sig i 2 mandsgrupper, hvor den ene spiller patient og den anden læge.

I har ligeledes 7 minutter til samtalen og 5 minutter til feed-back. Efter 15 minutter bytter i plads, og det hele gentager sig.

Derefter samler vi os i gruppen, og der er supervision af det båndede interview.

Det virker måske lidt uoverskueligt lige nu, men der er den samme skabelon, vi vil køre med resten af kurset, så I vil hurtigt komme ind i det.



I jeres mapper ligger der en generel instruktion, som jeg beder alle om at læse først, så snart vi er færdige her.

Når I er kommet ud i grupperne, ligger der i jeres deltagermappe 2 instruktioner, én til den, der spiller patient, og én til den, der er læge.

På lægeinstruktionen er angivet de elementer, I skal arbejde med i denne øvelse samt nogle forslag til spørgsmål, som I kan bruge.

Selv om I måske synes, det virker unaturlig eller kunstigt skulle I prøve at anvende nogle af dem - I vil blive forbavsede.

Ligeledes hvis I savner ideer eller ikke kan huske, hvad det var, I er i gang med, så prøv at kigge i instruktionen eller oversigtsposteren på væggen.

Går I i stå eller synes, I er kommet ud, hvor I ikke kan bunde eller blot gerne vil diskutere med en anden, hvad I kunne have gjort, så forlang time-out og diskuter det med patienten eller med supervisoren.

Hvis I finder frem til en god løsning, så prøv den med det samme.

Det er ofte disse time-outs, hvor man prøver det igen, man får allermest ud af.

Færdighedstræning

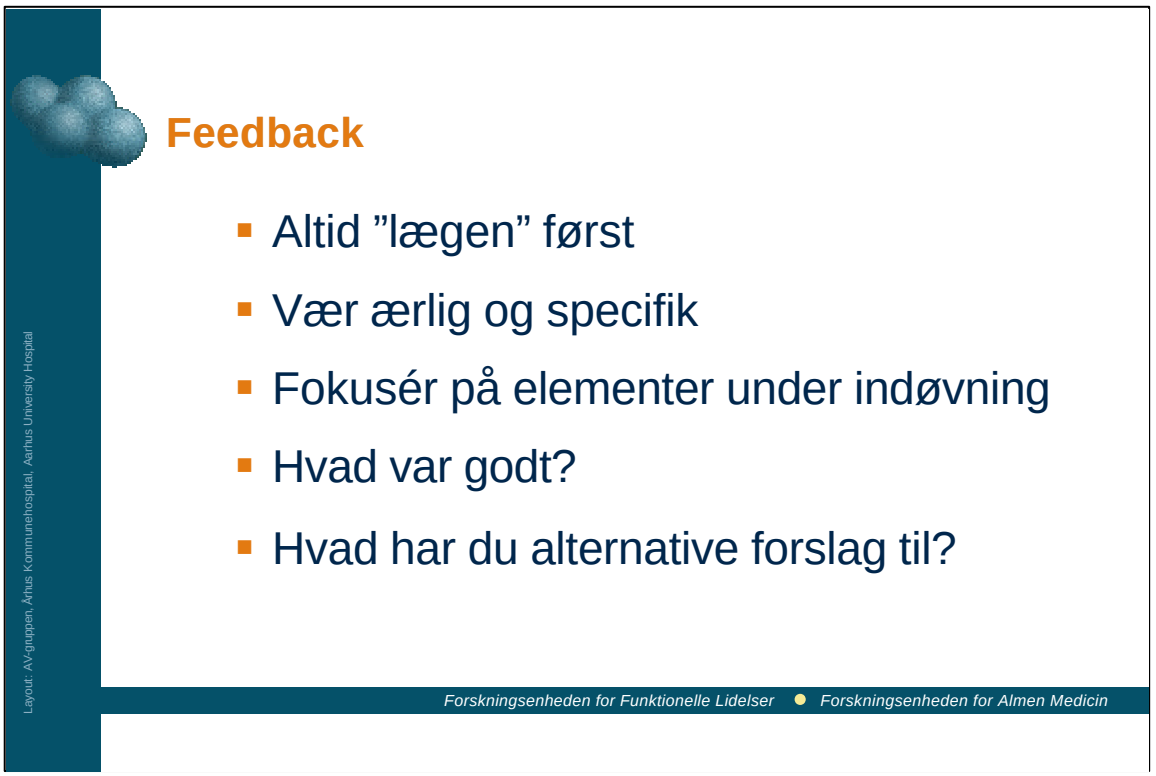
- Øvelserne er ikke virkelighed - men kun øvelse!
- Tag det ikke for alvorligt
- Grib muligheden: Prøv noget nyt
- Prøv at tage nogle chancer
- Husk at have det sjovt!

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Husk

Læs dias

Nogle spørgsmål?



I jeres mapper findes en instruktion til øvelser. Den vil jeg gerne bede jer læse nu (2 min. ro)

Sidst i instruktionen står noget om feedback. I skal vide, at den positive feedback er vigtigere end den negative eller kritiske. Ikke kun fordi en positiv stemning er en forudsætning for at kunne tage noget nyt til sig. Hvis man på en ærlig måde blive bevidstgjort om, hvad man allerede er god til, behøver man ikke længere at koncentrere sig om de færdigheder - men kan gå videre til indlæring af nye. Og man kan også bedre udnytte de færdigheder, man allerede har.

SIDSTE SLIDE

pp 21-24 i manualen

Man er igennem de senere år blevet mere og mere opmærksom på, at, hvordan patienten selv opfatter og tolker sine symptomer, har meget stor betydning for sygeligheden og funktionsniveauet.

Det er disse tolkninger, der afgør, hvordan vi reagerer på sensationer og symptomer, dvs. de styrer vores adfærd.

Dette er et vigtigt aspekt på dette kursus, idet uanset hvad årsagen er til patientens gener, kan man altid arbejde med patientens sygdomsperception og reaktionsmåder over for symptomerne.

Man kan betragte årsagen til somatisering ud fra flere forskellige teorier.

Man kan se på det ud fra LÆS SLIDE.

I dette indlæg vil jeg gennemgå den kognitive-adfærdsmæssige.

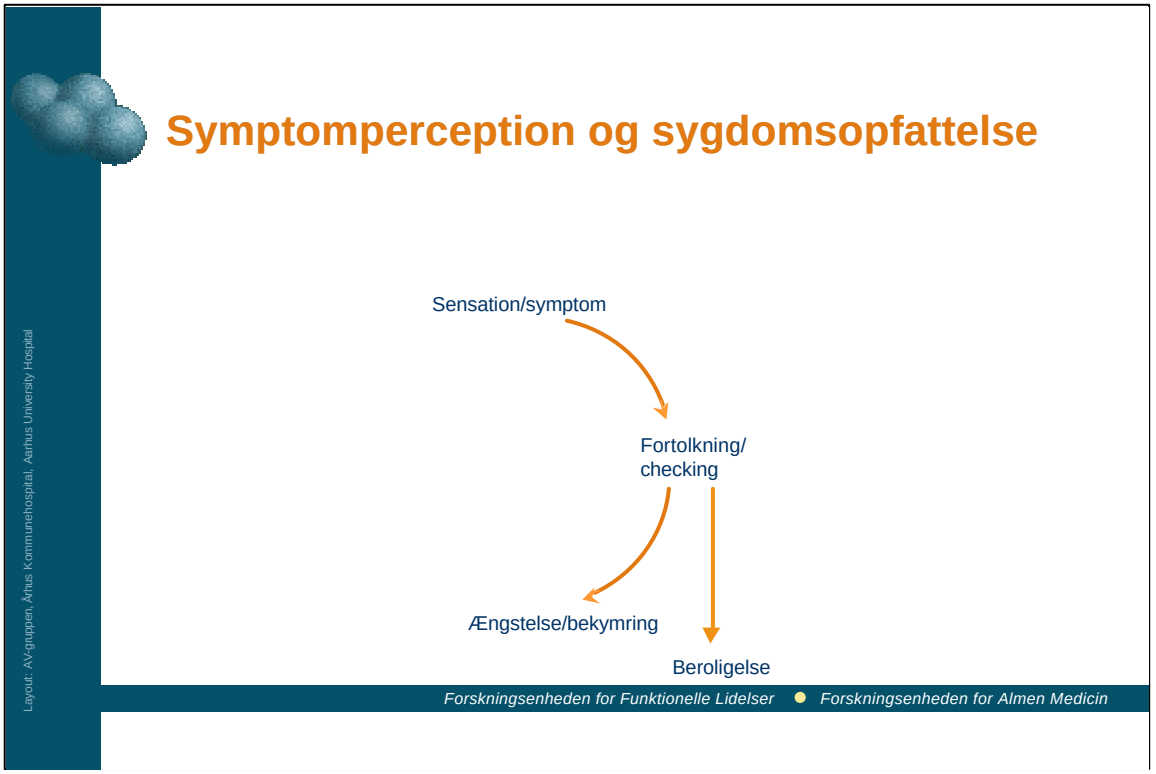
I morgen vil vi se på den Biologiske model og i sidste indlæg i dag på betydningen af sundhedssystemet og lægerne bidrag i at holde patienterne fast i sygerollen og måske kronificere patienterne.

Den psykodynamiske model vil vi ikke arbejde med på dette kursus.

Ved den kognitive tilgang arbejder vi med de bevidste tanker, man gør sig, hvorimod man i den psykodynamiske mere fokuserer på følelserne.

Det er to sider af samme sag blot forskellige angrebspunkter, idet der altid er tanker forbundet med følelser.

Ligeledes er det tanker, forestillinger og følelser, der betinger ens adfærd.



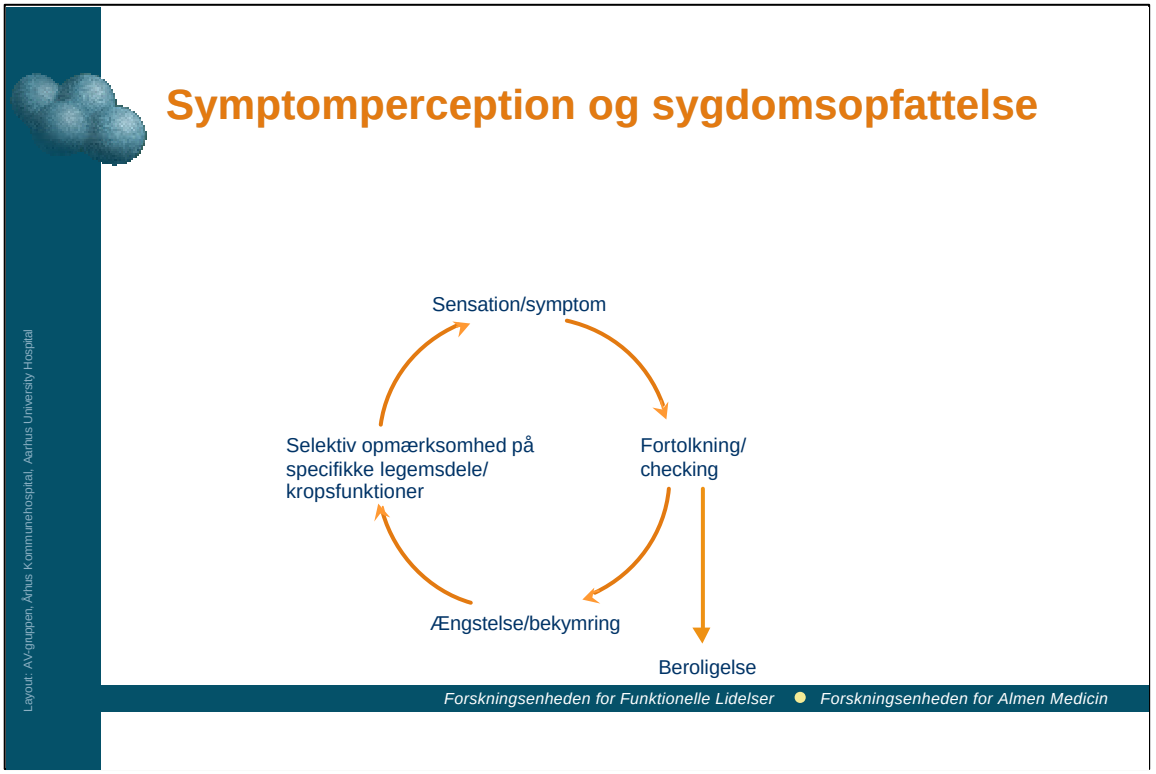
Vi oplever alle hele tiden fysiske sensationer og symptomer fra forskellige steder i kroppen.

En har lidt ondt i ryggen, en lidt i halsen osv.

Det er alle sammen sensationer, som vi er vant til og ikke tænker over.

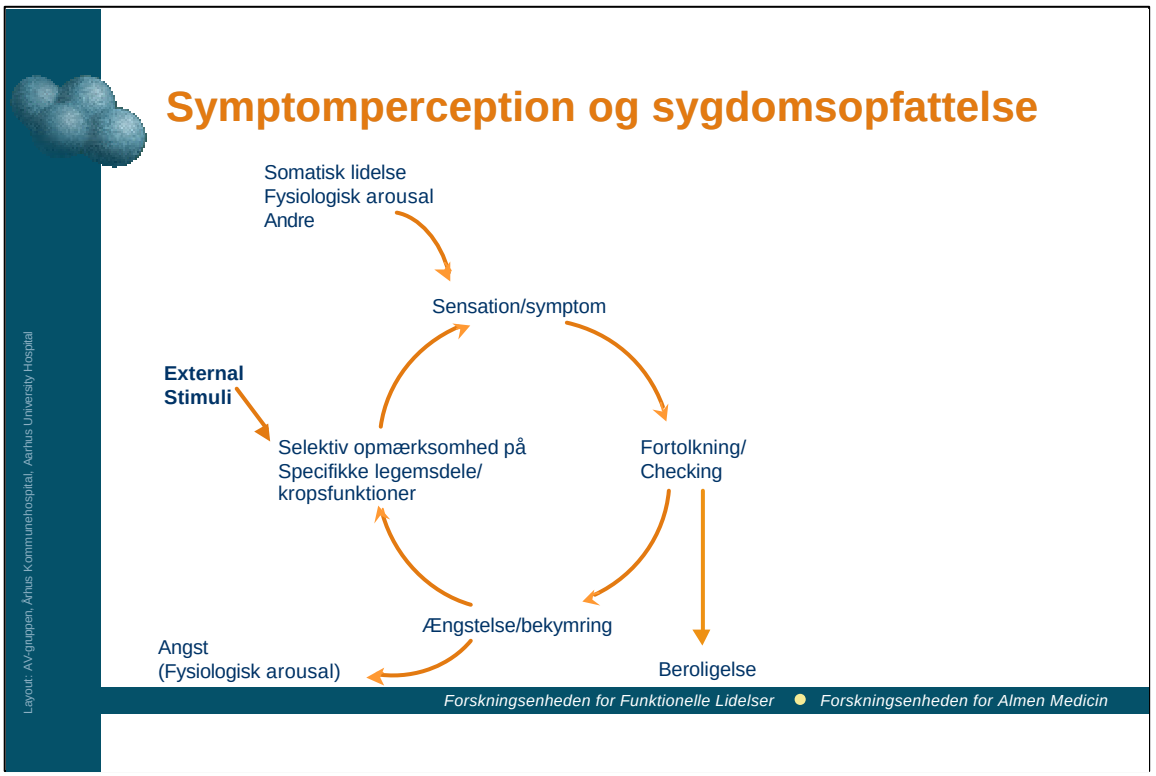
Vi fortolker dem som noget normalt, som der ikke er nogen grund til at bekymre sig over endsige gå til læge for eller gøre andet ved.

I andre tilfælde bliver vi ængstelige eller bekymret over, om det kunne være noget unormalt.



Man begynder herefter at fokusere på det område i kroppen, hvor symptomet kommer fra.

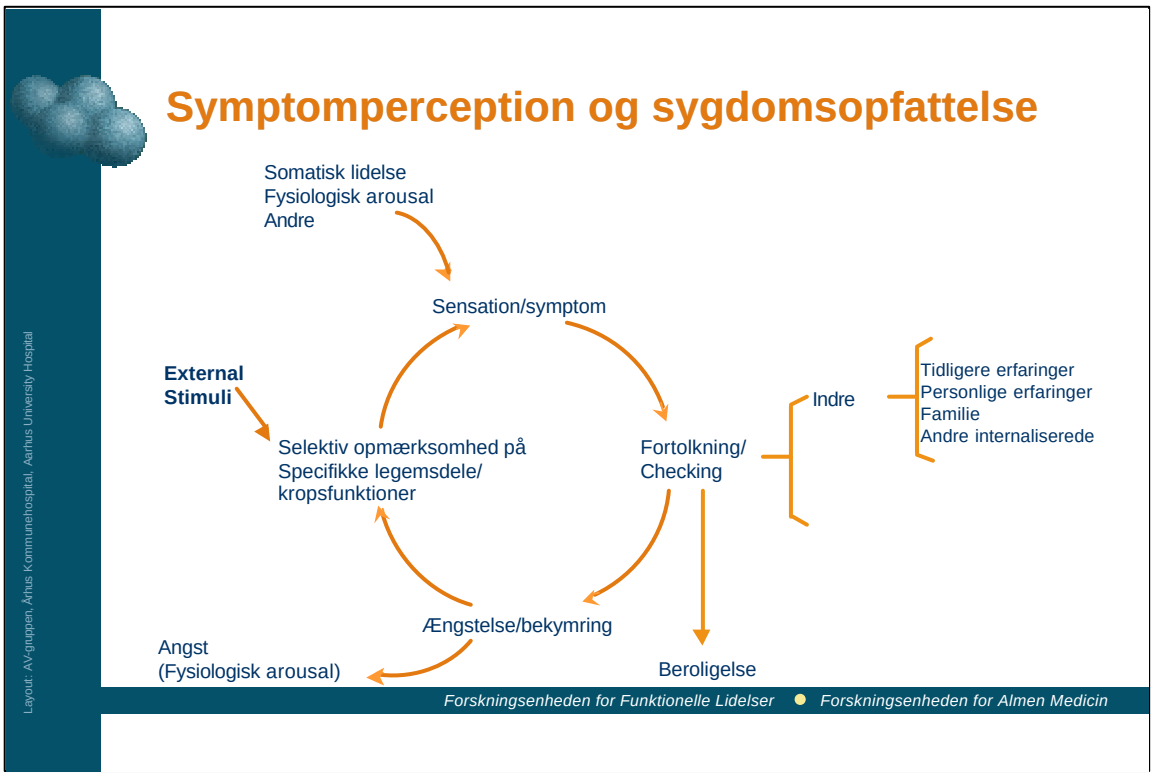
Man opdager måske flere symptomer herved, som man tolker, og man bliver mere bekymret, og så kører cirklen rundt, idet man bliver mere og mere nervøs.



Som I så tidligere i dag, er der mange fysiske symptomer ved angst og nervøsitet, og disse sensationer kan man tolke, som at de nok også er tegn på sygdommen, og den onde cirkel får yderligere fart.

Jeg vil gerne understrege, at der ikke er noget patologisk i denne cirkel, vi har det alle, tænk blot på den gang I læste patologi (peg på eksterne stimuli).

Hos nogle er beredskabet meget højere, og der skal meget lidt til at skubbe cirklen i gang, og når det bliver sygeligt, kalder vi det hypochondriasis.



Når vi tolker et symptom, søger vi først og fremmest egne erfaringer.

Vi ved, at når vi får ondt bag øjnene, i muskler, hoster og har feber, er det nok influenza, dvs. 3 dage hjem i seng.

Der er ikke nogen grund til at forstyrre lægen.

I løbet af livet opbygger vi et symptomspanorama, som vi er fortrolige med.

Når pigen kommer i puberteten, kommer der nye sensationer til, som indbygges i panoramaet.

Det kan også være erfaringer fra familien.

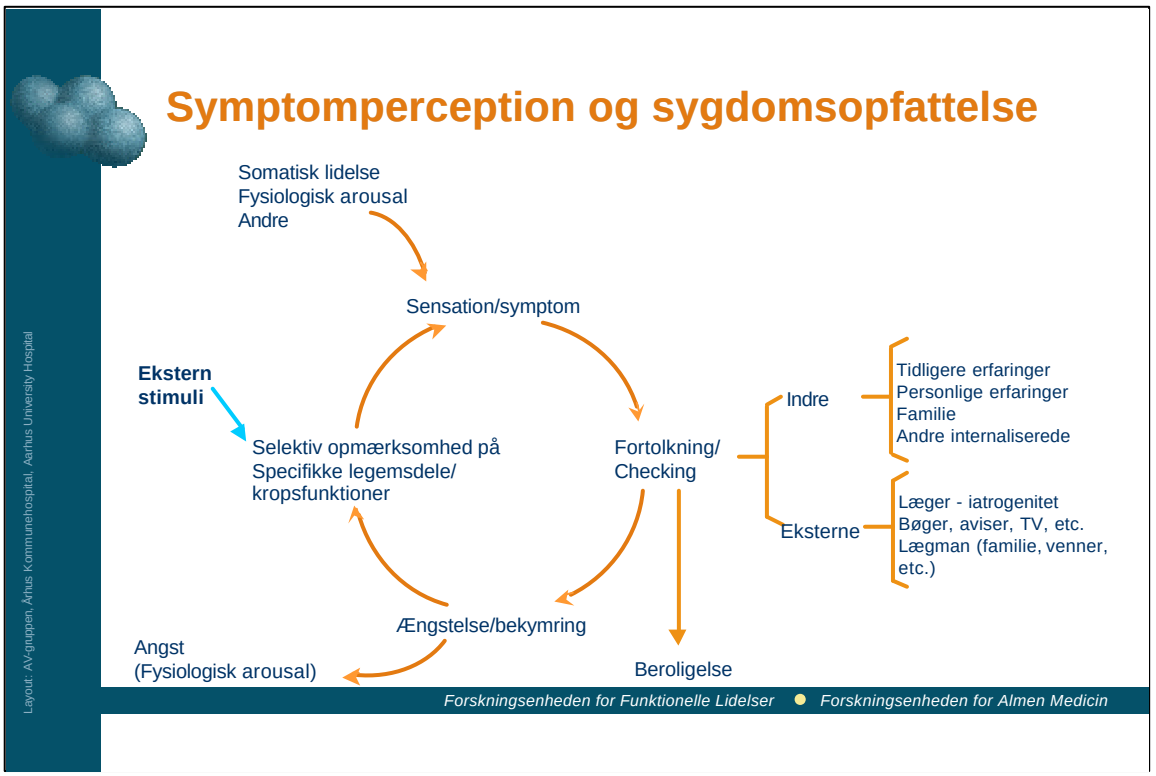
I en nordjysk familie har man en migræneform, der giver hemiplegi. Man har haft det i flere generationer, og man ved derfor, at det er 3 dage i seng med lammelser, men at det derefter går over.

Lægen kan ikke gøre noget så derfor er der ikke nogen grund til at forstyrre ham.

Det var en tilfældighed, at neurologerne kom i kontakt med familien.

Dette er et tydeligt eksempel på, at det ikke er sværhedsgraden af et fysisk symptom, der afgør, hvordan vi reagerer på det feks. går til læge, men derimod hvordan vi tolker symptomet.

Det er altså vores egne tolkninger, dvs. en psykologisk processor, der får os til at beslutte os for at gå til læge.



Slår ens egne erfaringer ikke til, kan man gå til læge for at få en ekspertvurdering.

Vi læger opfatter os selv som eksperten, men der er undersøgelser, der viser, at sådan tænker patienterne ikke.

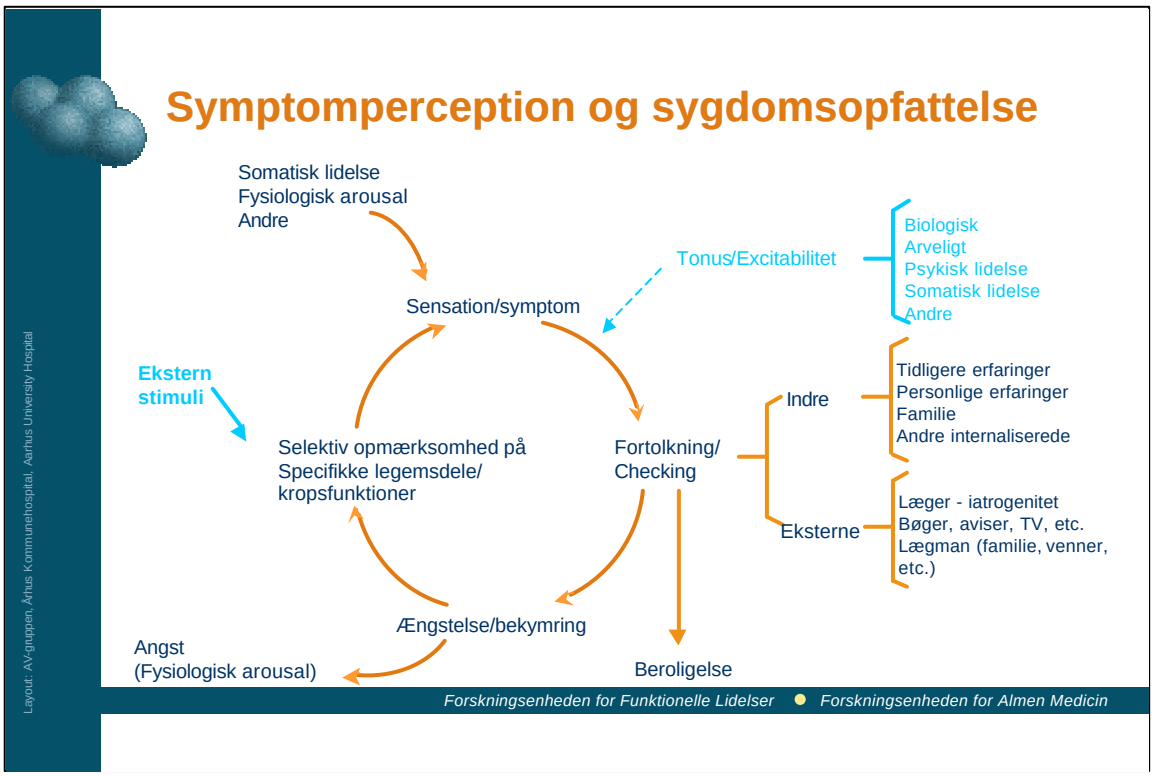
De opfatter sig selv som den ultimative ekspert.

Lægen er blot en af flere konsulenter, og vi må konkurrere med ugeblade, aviser, familie, kollegaer og mange andre.

Sidst er også Internettet kommet til.

Det er vigtigt at være opmærksom på dette, idet hvis den forklaring, som lægen kommer med, ligger for langt fra patientens egen opfattelse, vil patienten ofte være afvisende.

Det er derfor helt nødvendigt at kende patientens opfattelse for at kunne vide, hvordan man kan facilitere en ændring.



Endelig er der også er et biologisk element, der har indflydelse på denne cirkel eller rettere sagt, den har forskellig tonus eller excitabilitet fra person til person.

Vi ved, at der formodentligt er en arvelig komponent. Det er velkendt, at ved psykiske lidelser som f.eks. depressioner sænkes vores tolerancetærskel for smerter.

Også ved somatiske lidelser kan excitabilitet øges, tænk f.eks. på en, der er blevet behandlet for cancer. Denne kan være meget opmærksom på nye symptomer og kan være tilbøjelig til tilskrive alle nye symptomer til et recidiv.

I det engelske sprog har man modsat i det danske flere betegnelser for sygdom.

I den lægelige tankeverden tænker vi på "Diseases", dvs. lidelser med patoanatomiske forandringer eller i "Disorders", dvs. lidelser med patofysiologsike forandringer.

Som læger forstår vi på sygdomme som noget objektivt med verificerbare fund eller velbeskrevne sygdomsenheder.

Pt. derimod tænker i den lidelse og det subjektive besvær, som symptomerne påfører dem.

Det er det, der på engelsk betegnes "illness".

Når lægen siger, at pt. "ikke fejler noget", vil patienten tænke på "illness" og opfatte det, som om lægen ikke tror på dem.

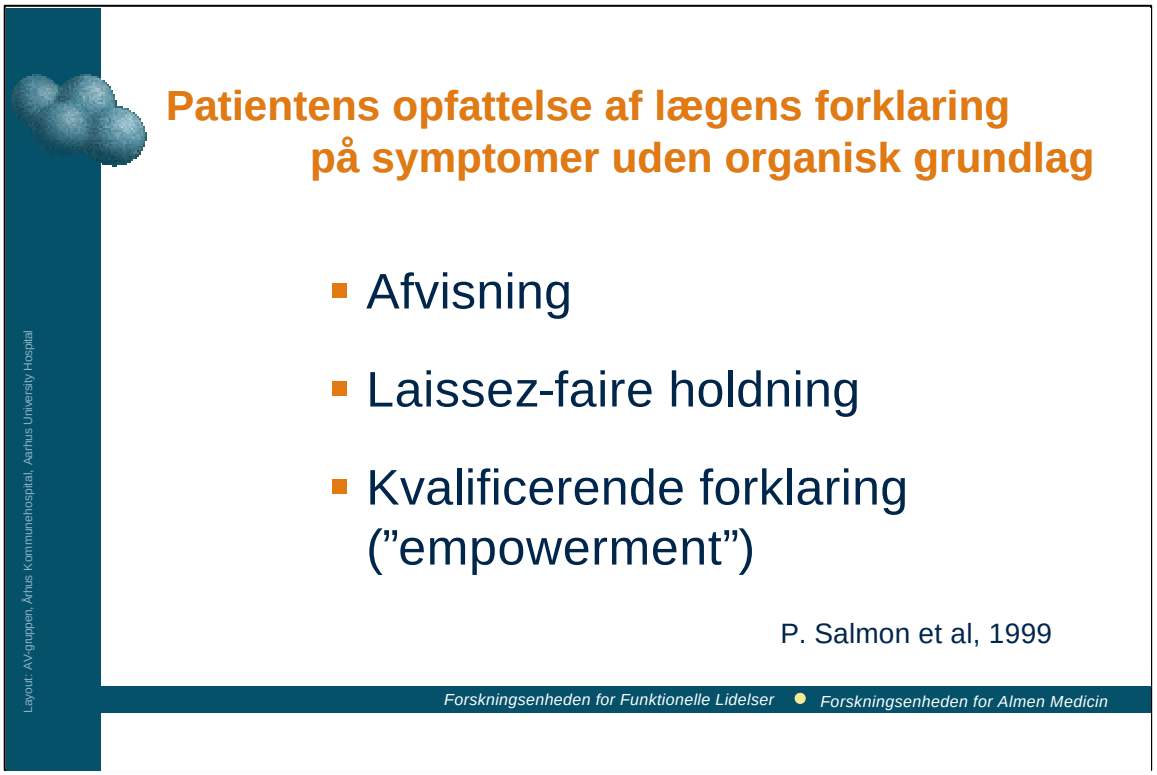
De kan opfatte det, som om de bliver beskyldt for at være simulant.

Denne misforståelse eller talen forbi hinanden, hvor lægen taler om disease/disorders, taler patienten om Illness, vil ødelægge enhver behandling.

Patientens subjektive opfattelse af at være syg kan vi aldrig anfægte, undtagen hvis patienten er simulant.

Vi kan derimod sige, at vi ikke har fundet nogen organisk årsag, f.eks. at hjertet er helt normalt, at der ikke er fundet tegn på sygdom i maven osv.

Jeg vil påstå, at 50% af terapien er opnået, hvis pt. føler sig forstået, at lægen tror på, at de reelt er syge - selv om der ikke er fundet en organisk forklaring.



Peter Salmon og medarbejdere spurgte en stor gruppe af patienter i almen praksis, hvordan de havde opfattet lægens forklaring på, at der ikke var noget organisk galt.

De fandt 3 typiske oplevelser.

Langt den største gruppe følte sig afvist, og de følte ikke, at lægen tog dem alvorligt.

En anden gruppe følte, at lægen havde en, hvad vi har kaldt, Laissez-faire holdning, at lægen lod stå til, og patienten selv skulle styre samtalen og behandlingen.

En del patienter var faktisk ret tilfredse med det, men det er meget uheldigt terapeutisk set.

Som eksempel nævner de en patient, der på Internettet har fundet en beskrivelse af fibromyalgia og kommer til lægen og spørger, om det ikke er det, hun fejler.

Lægen svarer, at det har han også tænkt på.

Patienten undrer sig derfor over, hvorfor lægen ikke har sagt det noget før, hvorfor har han holdt det skjult.

Lægens troværdighed og kompetence vil falde i patientens øjne.

Den rigtige måde at gøre det på, og den måde som vi arbejder på at lære på dette kursus, er såkaldt empowerment eller kvalificerende forklaring, som vi har oversat det til.

Målet er, at patienten føler, at lægens forklaring har hjulpet dem til bedre at forstå deres sygdom og symptomer, og at de har fået en følelse af, at de selv kan gøre noget for at få det bedre, og at de har en vis kontrol over deres symptomer.

Nu siger jeg forklare patienten, men som jeg nævnte før, opfatter patienten sig selv som eksperten, og det er derfor afgørende nødvendigt, at man går ind i en forhandling med patienten - ekspert til ekspert - så at sige - for at få patienten til at acceptere og forstå en sammenhæng.

For at kunne indgå i en forhandling er det som nævnt nødvendigt at kende patientens egen opfattelse og sygdomsforståelse.

Weinman og Petrie inddeler på baggrund af den nyeste viden inden for sundhedspsykologien, sygdomsopfattelsen i mindst 5 hovedelementer.

Dette er en udmærket skabelon, man kan prøve at tænke på, når man vil forsøge at få et indblik i patientens egen opfattelse.

Identiteten: Hvad mener patienten, at de fejler, er alle symptomerne forklaret ved samme lidelse?

Årsagen: Hvad tror patienten, årsagen er eller medvirkende årsager. Virus, bakterier, stress, osv.?

Konsekvenserne: Vil man blive invalid, blive fyret, hvordan vil ægtefællen og familien tage det osv.

Tidsforløbet: Er sygdommen forbigående eller langvarig?

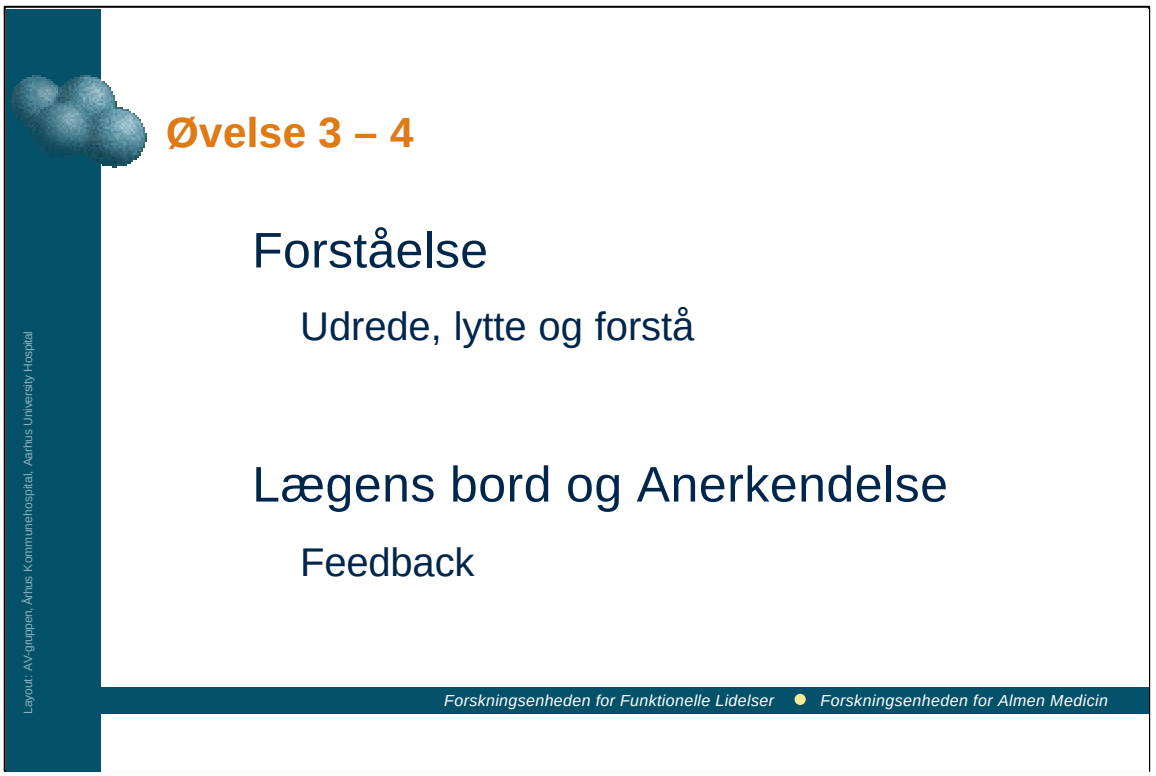
Helbredelse / Kontrol: Det er psykologisk set måske et af de vigtigste punkter: Tror patienten, at de bliver raske, at deres sygdom kan helbredes.

Tror de, at de selv har en indflydelse på, hvordan de har det, og føler de, at de har en vis kontrol over symptomerne.

Føler patienten sig hjælpeløs?

Nogle spørgsmål?

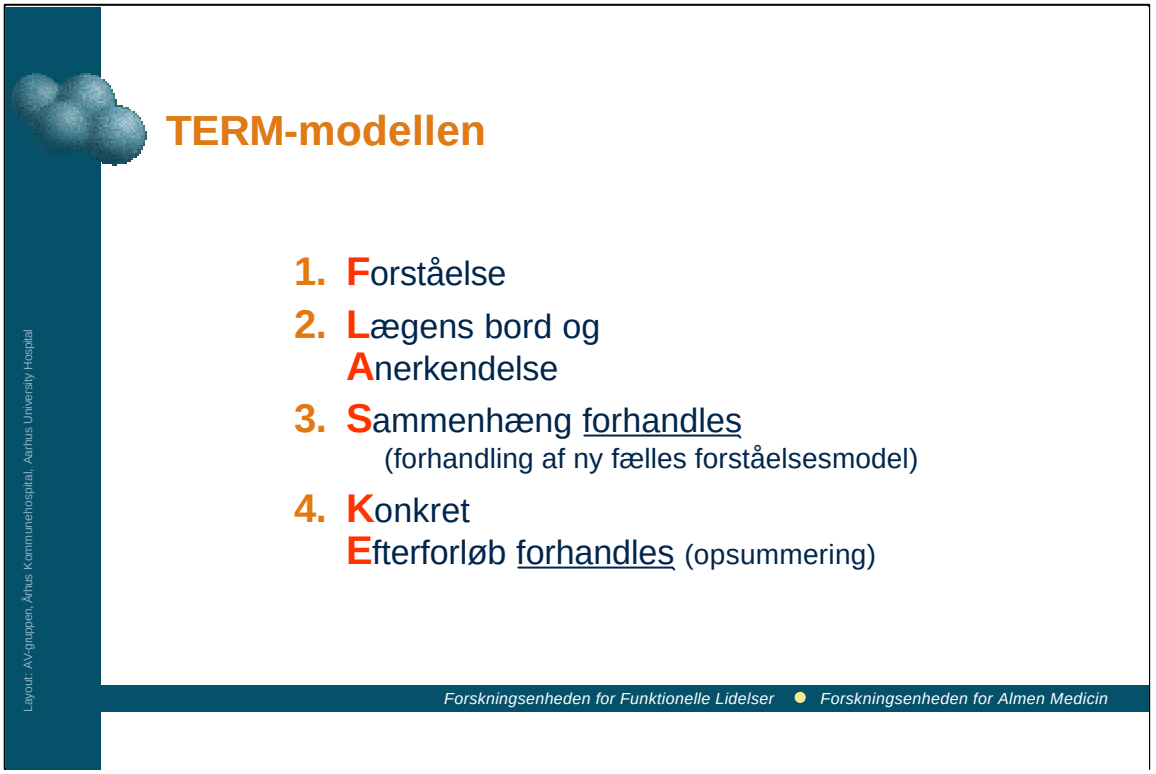
SIDSTE SLIDE



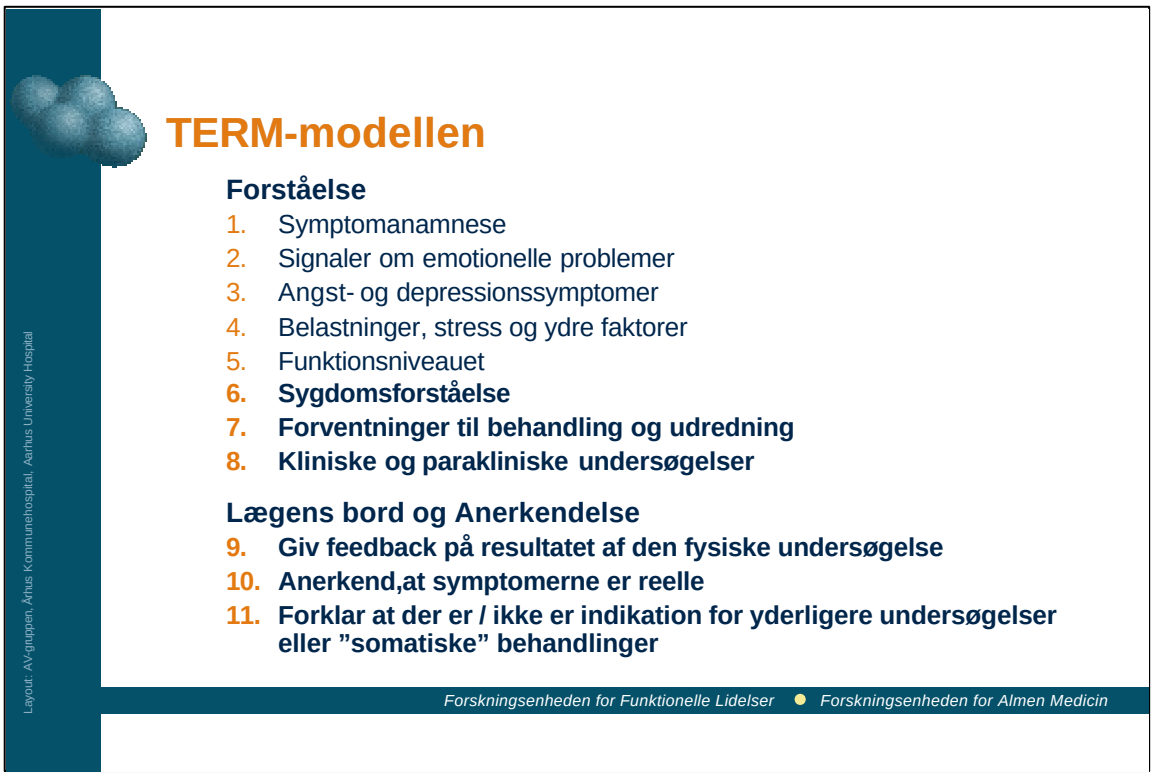
20 min.

Manualen pp 31 og 33 -36
Vi vil nu gå over til eftermiddagens øvelser.

Husk at samle op på ”formiddagens anstrengelser”.
Det er svært – vi arbejder i brudstykker



I de 2 næste øvelser her i eftermiddag vil vi fortsætte med punkt 1 i TERM-modellen: at få patienten til at føle sig forstået, og i øvelse 3 vil vi tage fat på Lægens bord og Anerkendelse med feedback.



I øvelse 3 vil vi arbejde med patientens sygdomsforståelse og forventninger til behandlingen og udredning og den kliniske undersøgelse.

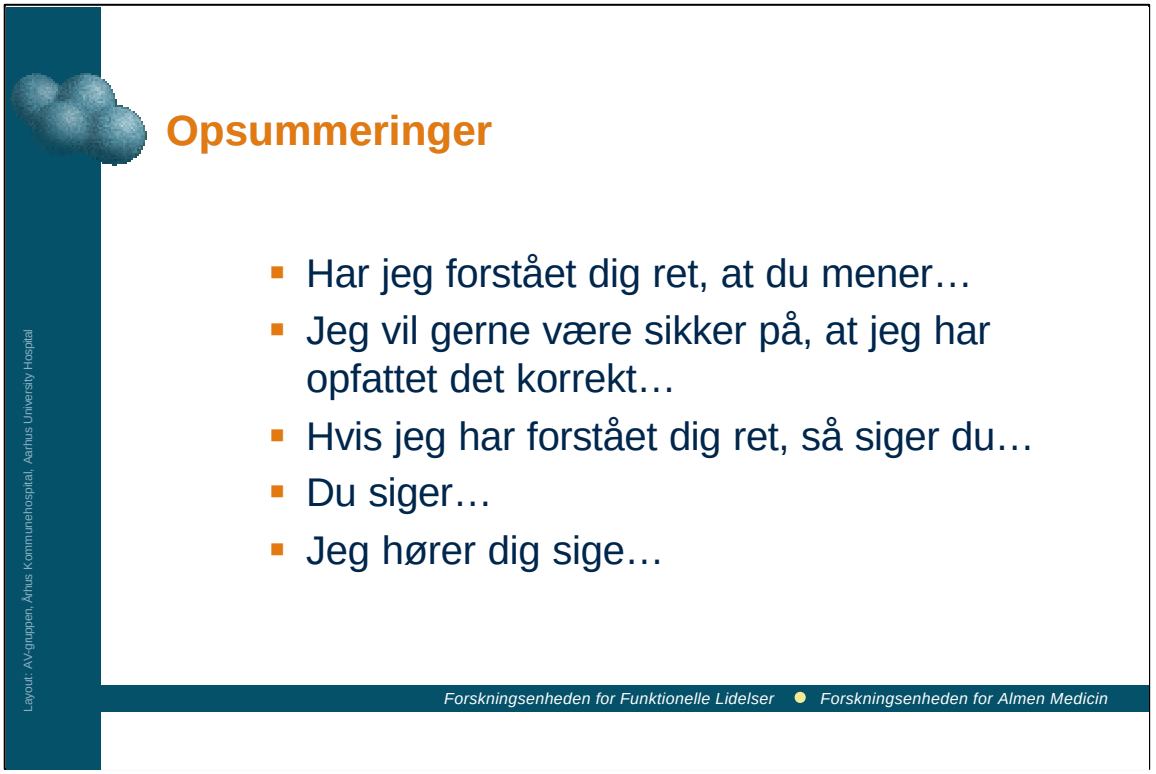
I øvelse 4 at give feedback på undersøgelsen samtidigt med, at der sikres compliance ved hj. a. anerkendelse af patientens symptomer.

Herefter at man tydeliggør over for patienten, at der ikke er, eller at der er indikationer for flere undersøgelser.

Før vi tager fat på dette ,vil jeg dog lige gennemgå nogle flere af de generelle interviewteknikker, som indgår i denne øvelse.

I formiddags arbejdede vi med sokratisk spørgeteknik, og det skal I selvfølgelig blive ved med at arbejde med.

Men i denne øvelse vil vi gerne bede jer om at fokusere på 2 andre teknikker nemlig opsummeringer og empati med emotionel feed-back.



(Manualen p 31)

Opsummeringer har vist sig at være en simpel men meget effektiv metode til at få patienten til at føle sig hørt og forstået.

Opsummeringer er også med til at tydeliggøre eller med til at give en forstærkning af patientens mening.

Det er helt anderledes at høre det fra en andens mund, end når man selv siger det.

Man kan anvende nogle af disse formuleringer

(LÆS SLIDE.)

Læg mærke til, at med disse formuleringer har patienten mulighed for at diskutere med lægen, om det vitterligt forholder sig sådan.

Det kommer ikke til at lyde som et postulat eller konstatering, som patienten skal argumentere imod, som f.eks. hvis man sagde: "du har det psykisk dårligt, og det er årsagen til dine smerter".

Opsummeringer

- Gentagelse af patientens egne ord
  ”Du siger, at du har perioder med smerter og at du føler dig nedtrykt i disse perioder, også”
- Omformulering; andre ord med samme mening
  ”Det lyder som om du altid er nedtrykt, når du har smerter”
- Tolkning; andre ord og en anden mening
  ”Kan jeg forstå dig sådan, at dine symptomer gør dig deprimeret?”

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Teoretisk kan man inddele opsummeringer i 3 typer, alt efter hvor tæt man lægger sig op af patientens egne ord.

Den mest simple er blot at gentage patientens egne ord.

LÆS SLIDE

Empati og emotionel feedback

- Jeg kan høre, at det har været svært for dig
- Jeg kan forstå, at det er ubehageligt for dig (eller at det har voldt dig problemer)
- Jeg kan se på dig, at det er ubehageligt

Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser ● Forskningsenheden for Almen Medicin

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

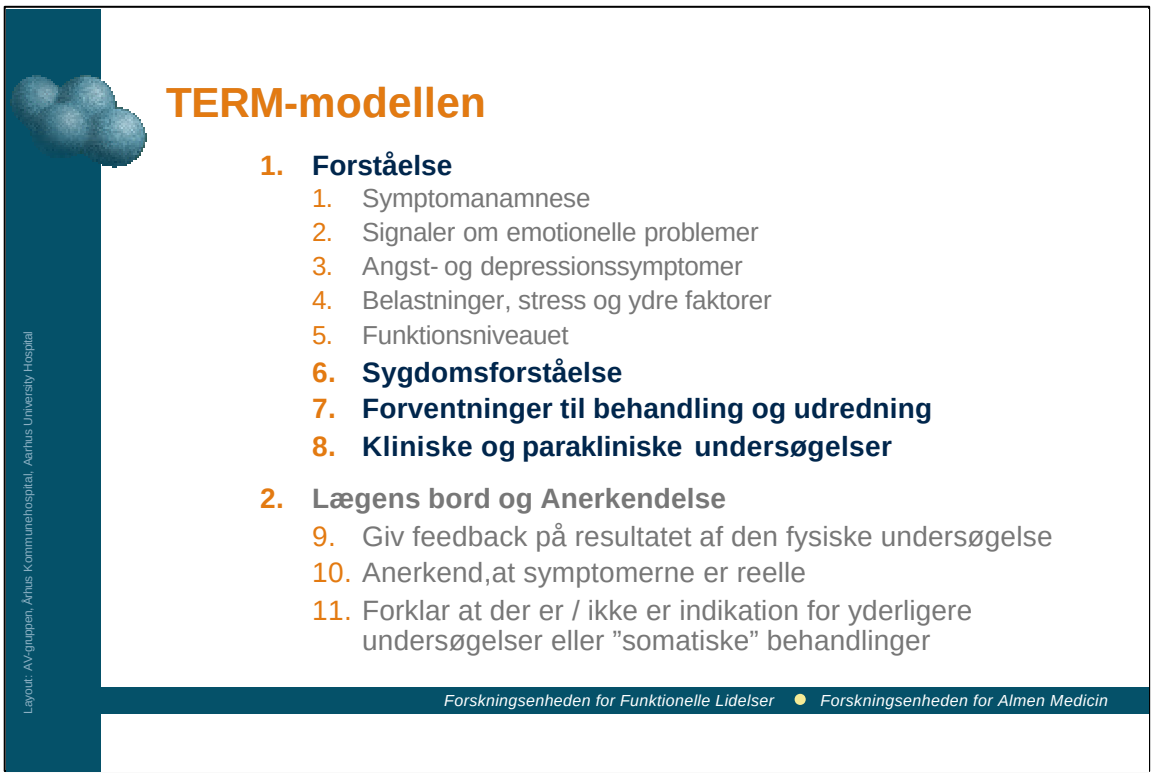
Empati er uvurderlig til at få patienten til at føle sig forstået, og det er især vigtigt ved somatiserende patienter, idet de ofte ikke føler at andre tager deres problemer alvorligt - at de er syge.

Her er nogle formuleringer, der kan anvendes LÆS SLIDE

Det sker ofte at empati forveksles med accept.

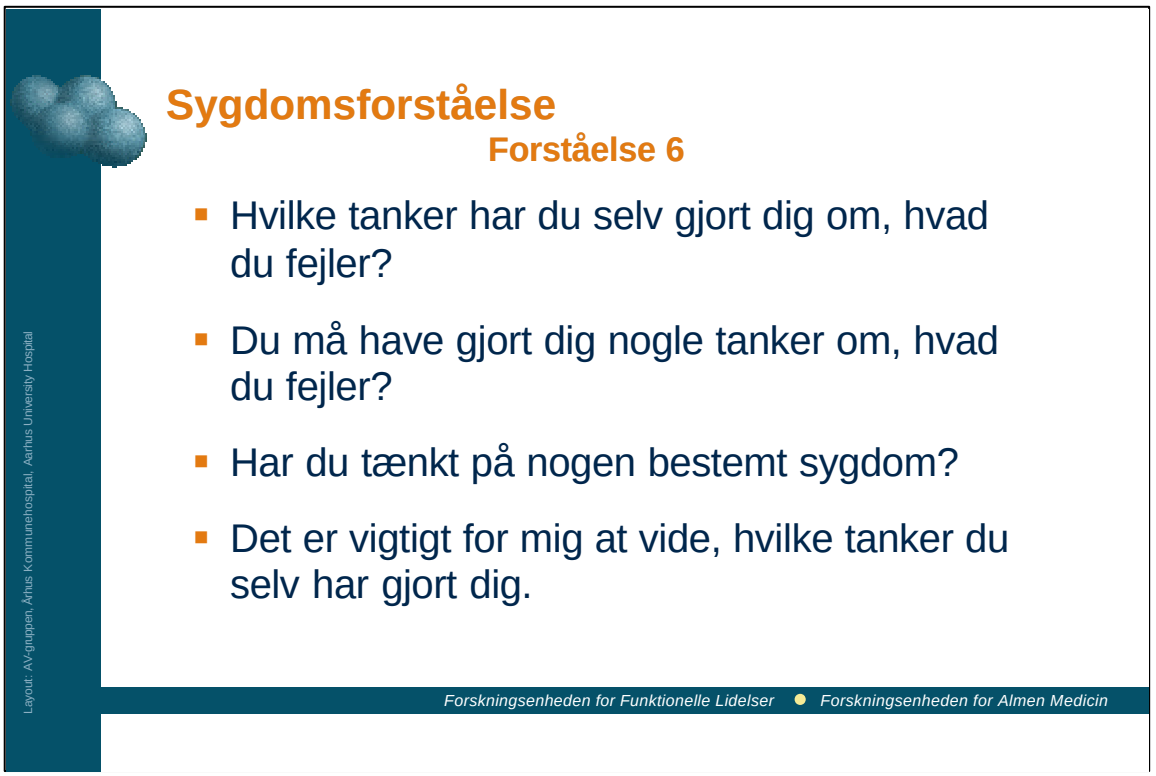
Det er vigtigt at holde sig for øje, at det ikke er tilfældet.

Man behøver ikke at acceptere patientens handlinger eller forklaringer - man giver blot udtryk for at have forstået, at patienten har det svært uanset årsagen hertil.



Vi vender nu tilbage til TERM-modellen.

De 3 sidste punkter om sygdomsforståelse, forventninger til behandlingen og oplægget til fokuseret klinisk undersøgelse skal I arbejde med i øvelse 3



Vi hørte før middag, hvor vigtig patientens sygdomsforståelse og sygdomsmodel er for funktionsniveaut, idet det er sygdomsforståelsen, der betinger, hvordan vi reagerer på symptomer.

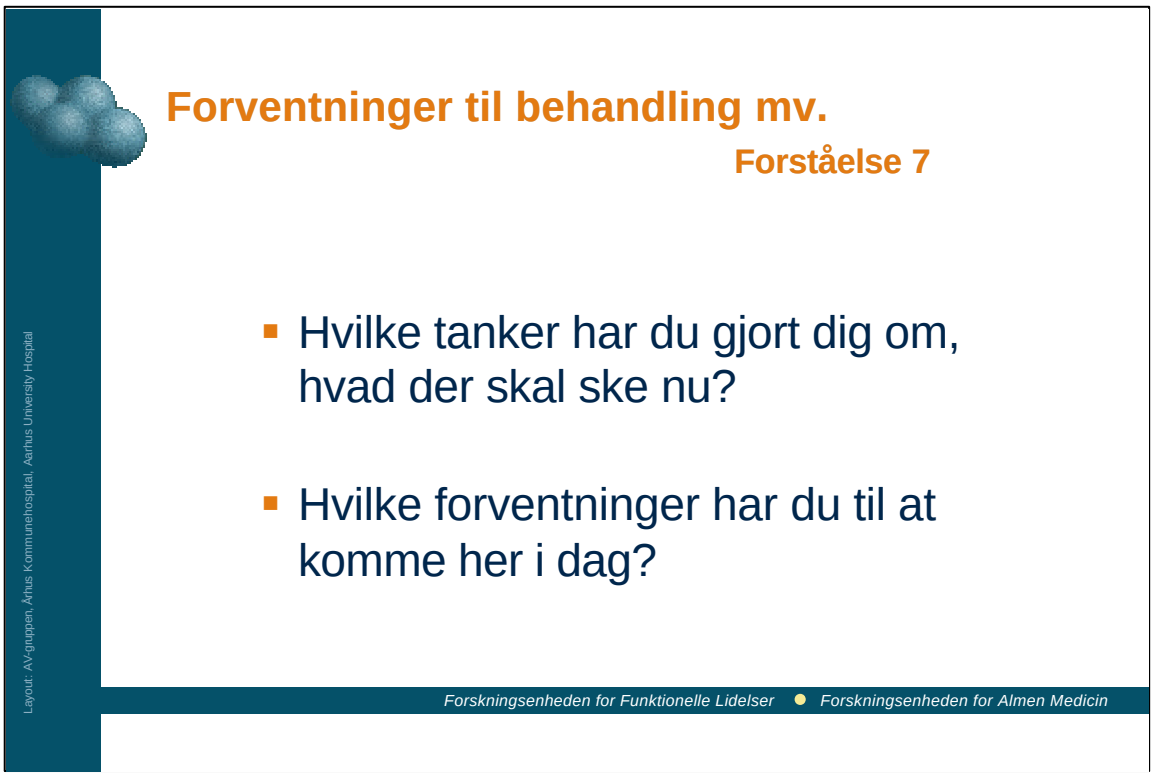
Man kan afdække den ved at spørge ind til... LÆS SLIDE.

Som nævnt i formiddags kan man tage udgangspunkt i patientens tanker om årsagen, i tidshorisonten, og hvilke konsekvenser patienter frygter, at lidelsen har for deres liv, og ikke mindst om de selv tror, at de kan helbredes, og om de selv føler, de har en vis indflydelse på symptomerne.

Det er afgørende vigtigt, at man modstår fristelsen til at korrigere patienten, ligegyldigt hvor skørt det kan lyde i lægens øre.

Det er jo ikke, hvordan tingene i virkeligheden hænger sammen, der er interessant, men hvordan patienten opfatter det.

Det er nødvendigt at kende patientens tankegang for senere at kunne forsøge at hjælpe patienten med at ændre den.



(p.34)

På samme måde er det vigtigt at kende patientens forventninger til behandling og undersøgelser.

Hvis man skal kunne give kvalificerende svar på og respons på patientens ønsker, er det nødvendigt at kunne gå ind i patientens tankegang.

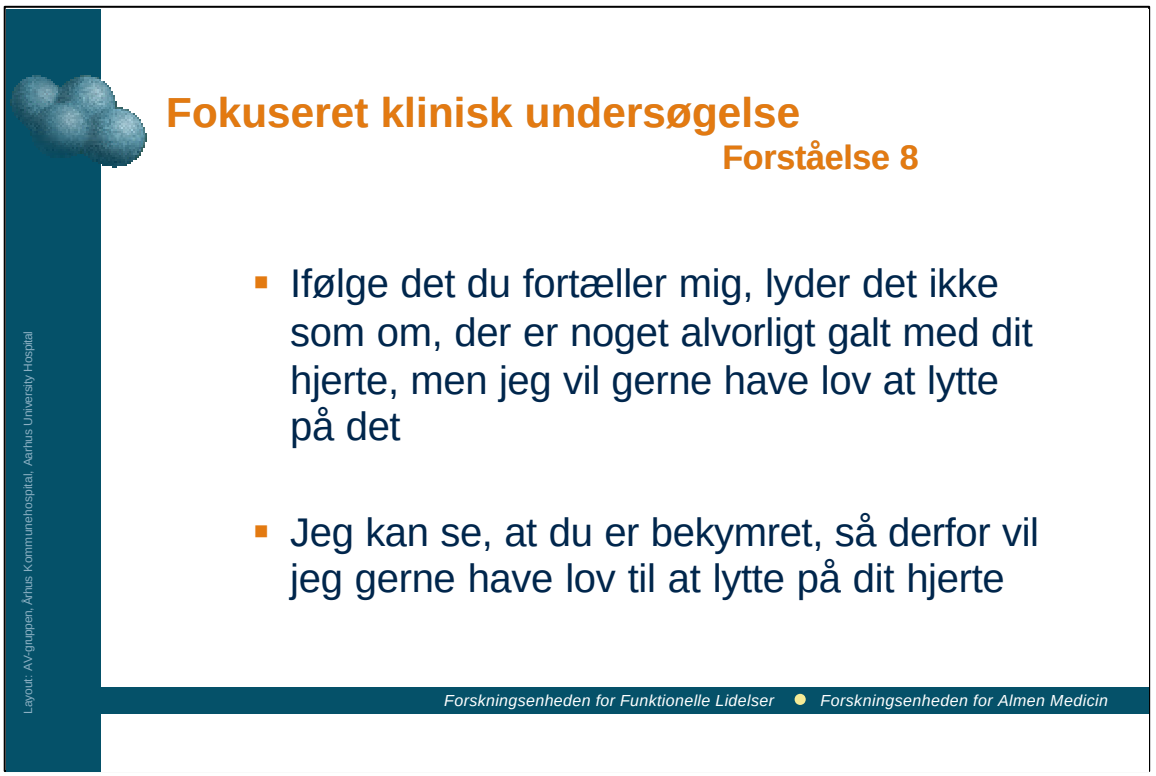
Nogle gange kan de have helt andre forventninger, end hvad lægen tror, og der kan være en mere eller mindre skjult dagsorden.

Det er vigtigt at give plads for patienten tanker og forestillinger, idet patienten kan være tilbageholdende af frygt for, at de tror, at lægen synes, det lyder dumt.

Så undgå præmature korrektioner men man skal i stedet forsøge at leve sig ind i patientens tankegang og opmuntre patienten til at gå videre.

Somatiserende patienter har ofte helt urealistiske forestillinger om behandlingsmulighederne og forventninger til, hvad lægevidenskaben kan udrette, og det kan være en af årsagerne til, at de bliver ved med at gå til læge.

De har vanskeligt ved at acceptere lægevidenskabens grænser (hvad nogle læger også kan have).



Den kliniske undersøgelse skal I selvfølgelig ikke lave her i dag, men ved patienterne er det vigtigt, at I laver den for, at patienten føler sig taget alvorligt og føler, at lægen er omhyggelig.

Det har været en udbredt misforståelse gennem mange år, at man skal undgå at undersøge den somatiserende patient for at undgå at give sekundær gevinst.

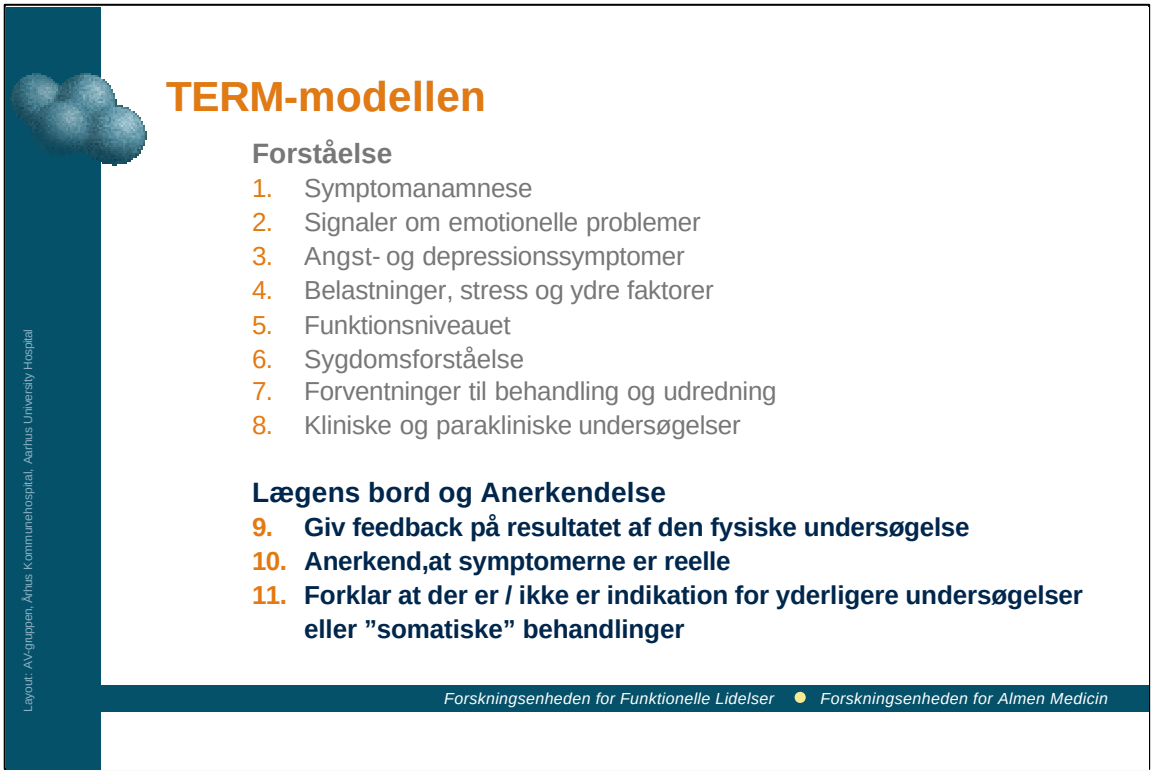
Glem alt om sekundærgevinst.

Dette begreb har kun sin berettigelse ved egentlige langvarige psykoterapier.

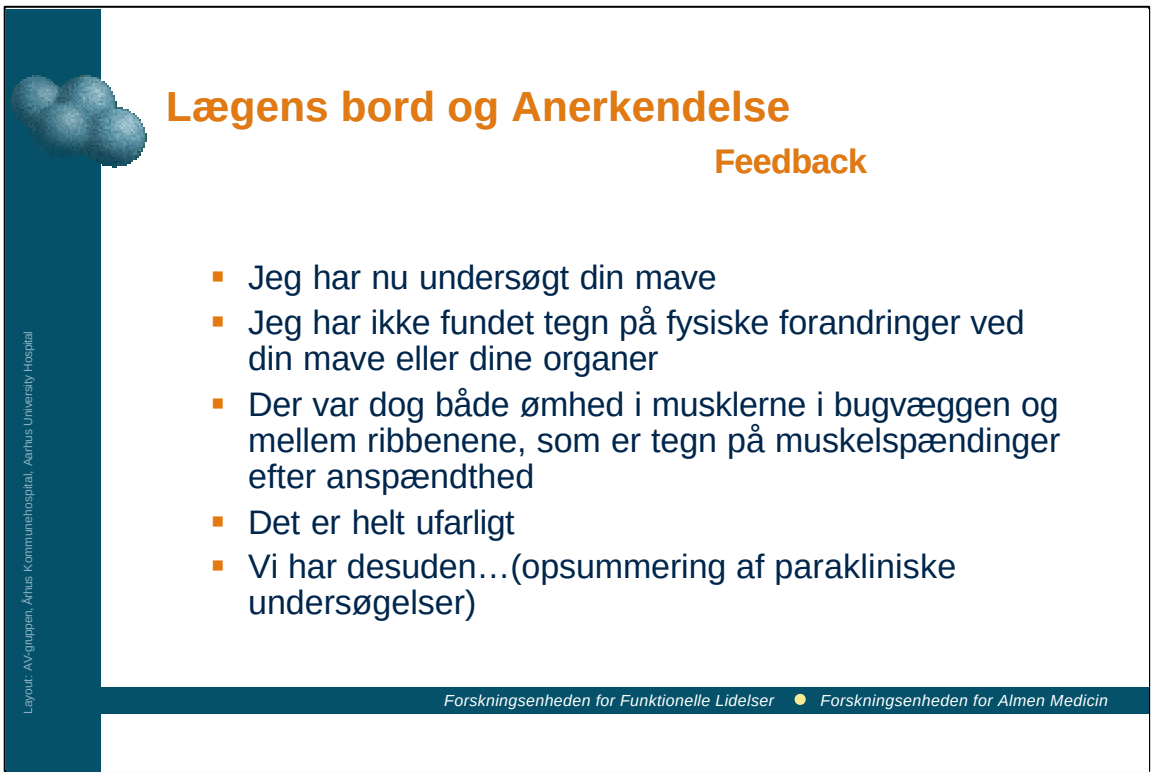
Desuden har somatiserende patienter også krav på en ordentlig undersøgelse som alle andre patienter.

Fokuser undersøgelsen på det organ, som patienten har klager fra.

Angiv evt. over for patienten, at indikationen nok så meget er psykologisk begrundet, eksempelvis i retning af: (LÆS SLIDE) - evt. tage EKG, hvis indikeret.



I øvelse 4 skal vi arbejde med feedback på anamneseoptagelsen og undersøgelserne, anerkendelse af symptomer og forklaringer til patienten om indikationen for yderligere undersøgelser og behandling.



(fra p 36)

Når anamnese er optaget, psykosociale aspekter udredt og den kliniske undersøgelse udført, opsummeres resultatet for patienten.

Både positive og negative fund medtages, så patienten ikke føler, at man overser noget eller er tendentiøs.

Man må under ingen omstændigheder sige, at "patienten ikke fejler noget".

Tænk på det, vi talt om i formiddags, om disease kontra illness.

Man kunne derimod f.eks. sige (LÆS OP)

Det er vigtigt, at man udtaler sig med sin lægelige autoritet om de kliniske fund og undersøgelser, idet patienten ikke kan anfægte, at man er eksperten på dette område.

Det er derfor, at vi også har kaldt punktet lægens bord.

God effekt har det at formulere sig, så man billedligt talt har "set ind i patienten".

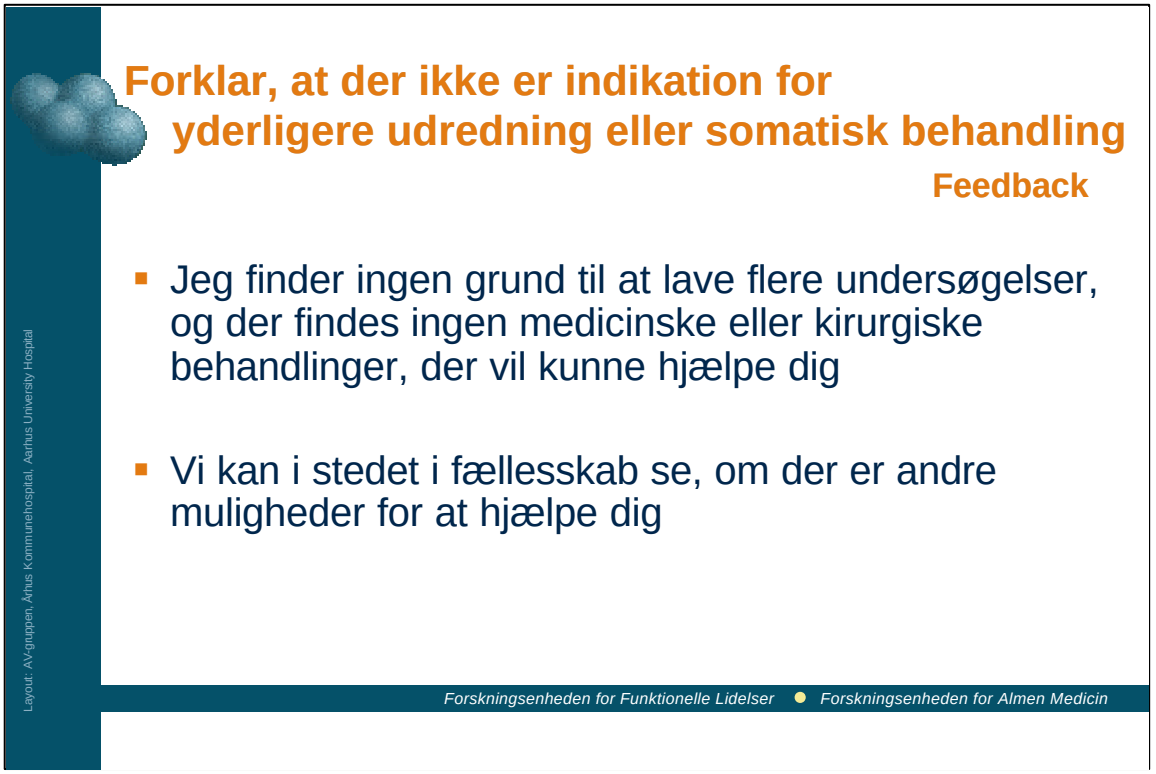
Det kunne være en formulering som: Vi har set på din lever og dine nyrer med blodprøver, og de fungerer helt normalt og har ikke tegn på forandringer.

Patienter har meget let ved at opfatte det som om, at lægen siger, at de ikke fejler noget.

Det er derfor ekstremt vigtigt at anerkende, at patientens symptomer er reelle at man gør patienten forståelig, at man tror på, at de er lidende og har det svært.

Det bør nærmest indøves som en betinget betinget refleks og gentages flere gange.

Man kan f.eks. sige LÆS SLIDE



Det er vigtigt, at det klart markeres over for patienten, at der ikke er indikation for yderligere undersøgelser, og at der ikke findes nogen mirakelkur eller medicinsk / kirurgisk behandling, der kan hjælpe.

Man skal i forklaringen tage udgangspunkt i de forventninger og forestillinger, som patienten har, og som blev afdækket under sidste punkt.

Man kan f.eks. sig LÆS SLIDE første punkt.

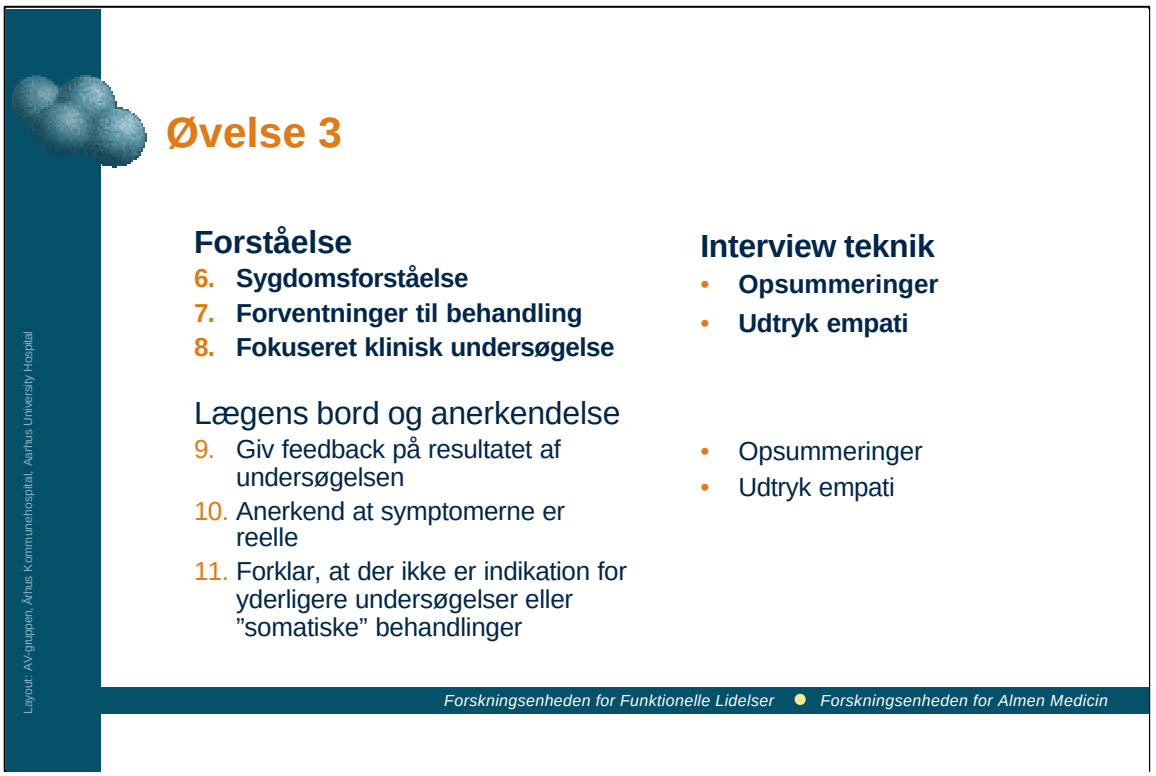
At man tager dette frem, vil modvirke, at patienten bliver usikker, straks de komme ud fra konsultationen.

Ligeledes vil en så direkte besked medvirke til, at patienten kommer frem med sin tvivl og tanker om, hvad de kunne være eller hvad der kunne gøres, hvorved man får mulighed for at diskutere det med patienten.

Endvidere markerer man hermed, at det er lægevidenskabens grænser, der er nået, underforstået at det ikke er lægens uvilje eller manglende omhu, der ligger til grund for beslutningen.

Man kan i stedet tilbyde patienten: LÆS SLIDE sidste punkt

VIDEO



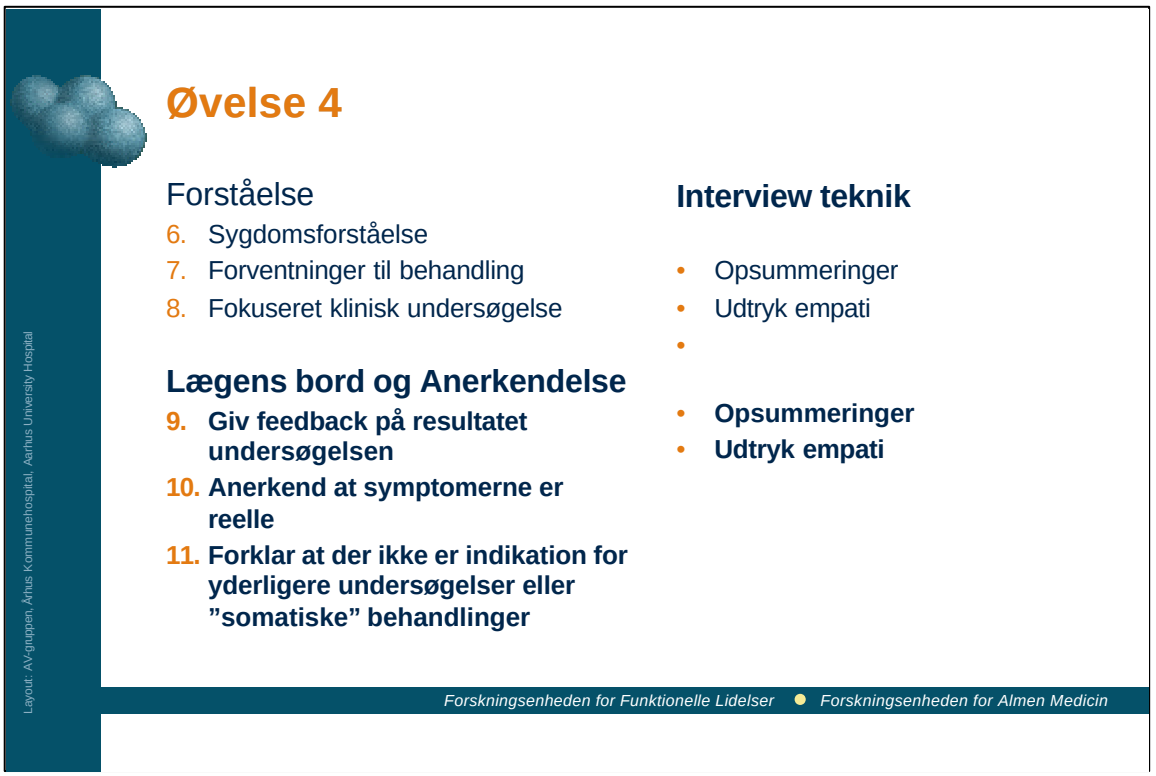
For at summere op.

I øvelse 3 fokuserer I på punkterne sygdomsforståelse, patientens forventninger og oplæg til undersøgelse.

I skal i øvelsen ikke starte helt forfra men prøve at springe ind i samtalen, efter at anamnese og emotionelle problemer og funktionsniveau har været berørt.

Anvend primært opsummeringer og empatiske bemærkninger.

Det er dog tilladt at bruge både åbne spørgsmål, opmuntringer og fokusering.



I øvelse 4 fokuserer i på LÆS SLIDE

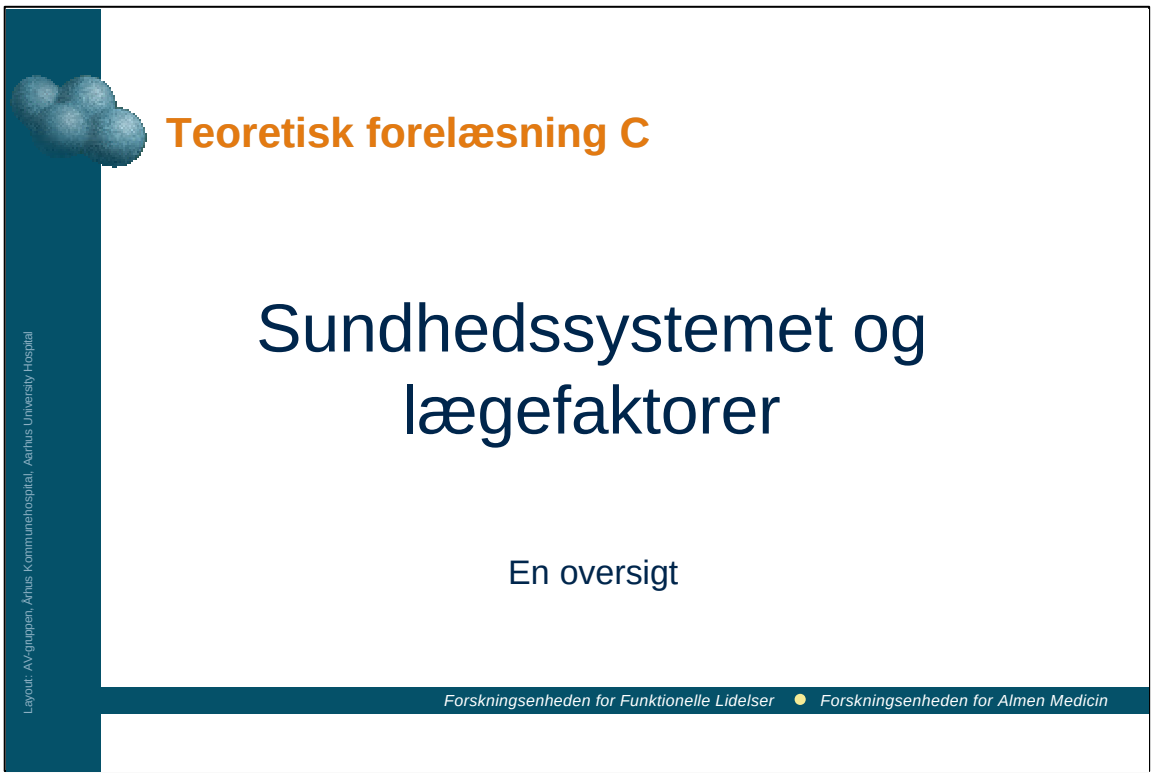
Interviewteknikken er de samme

Er der nogle spørgsmål?

I går nu ud i grupperne, og I vil få udleveret instruktion fra supervisorerne.

God fornøjelse.

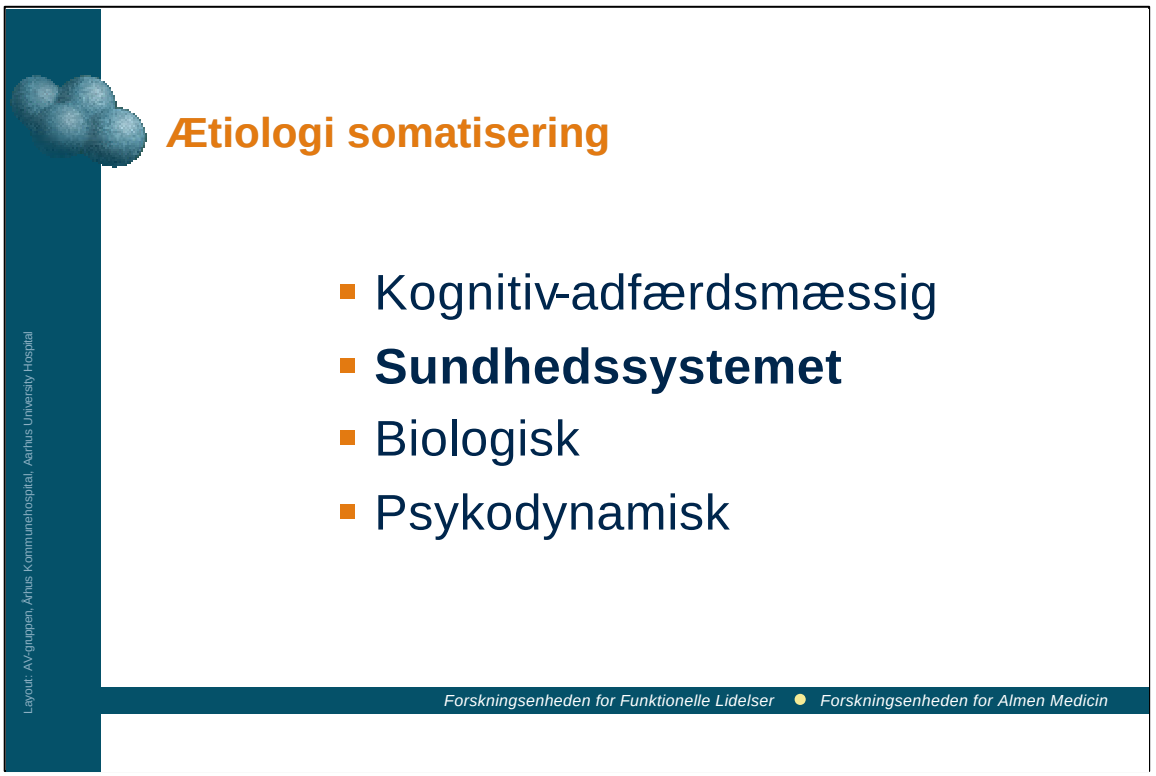
SIDSTE SLIDE



Tager udgangspunkt i:

Manualen pp 17-21 og evt. pp 27-28 (psykosocial kommunikation)

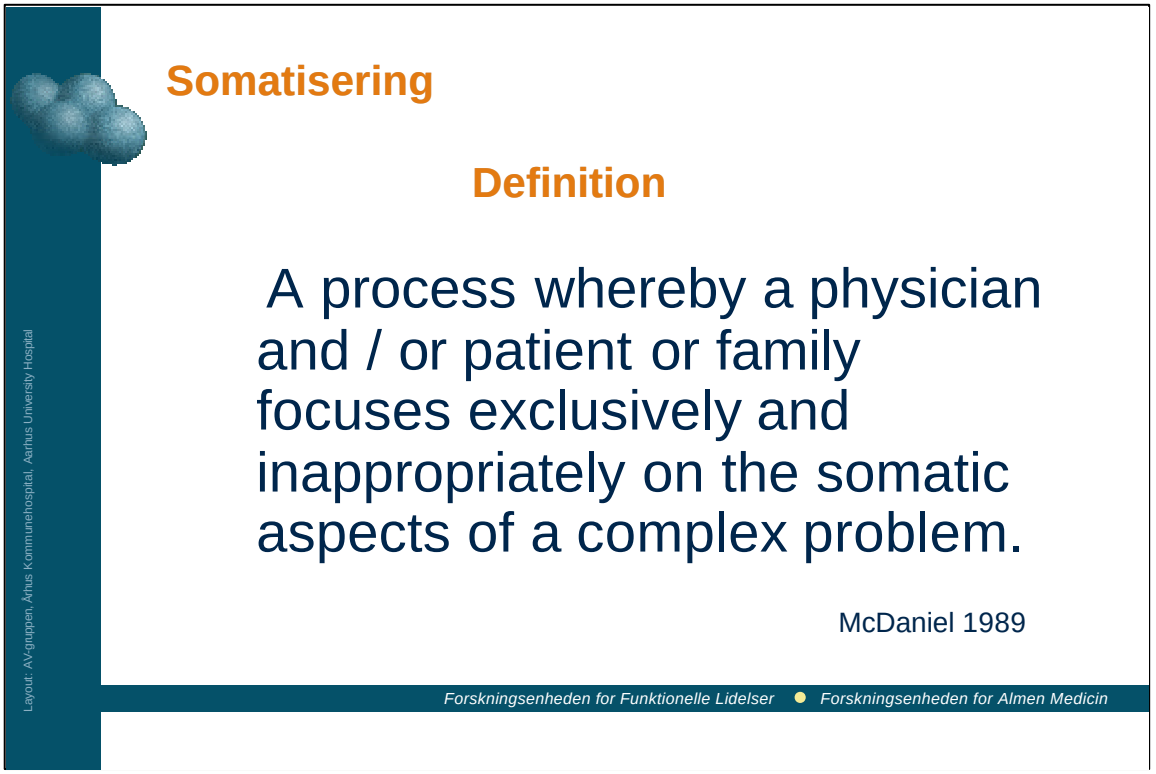
(OBS: der er ikke så mange slides til dette indlæg men mange ting at fortælle, og der vil være plads til at inddrage kursisterne. Pas dog på at få diskussionerne stoppet igen, for det er virkeligt et emne, som optager mange. Det er derfor, at vi har lagt det til sidst, så diskussionerne forhåbentlig fortsætter i baren eller over middagen)



Vedrørende ætiologien til somatisering gennemgik vi tidligere i dag patientens egenopfattelse, sygdomsperception og sygdomsadfærd dvs. en kognitiv-behavioristisk model.

Specielt hos de somatiserende patienter må vi erkende, at sundhedssystemet og os læger i betydelig grad bidrager til, at patienterne bliver kronisk syge.

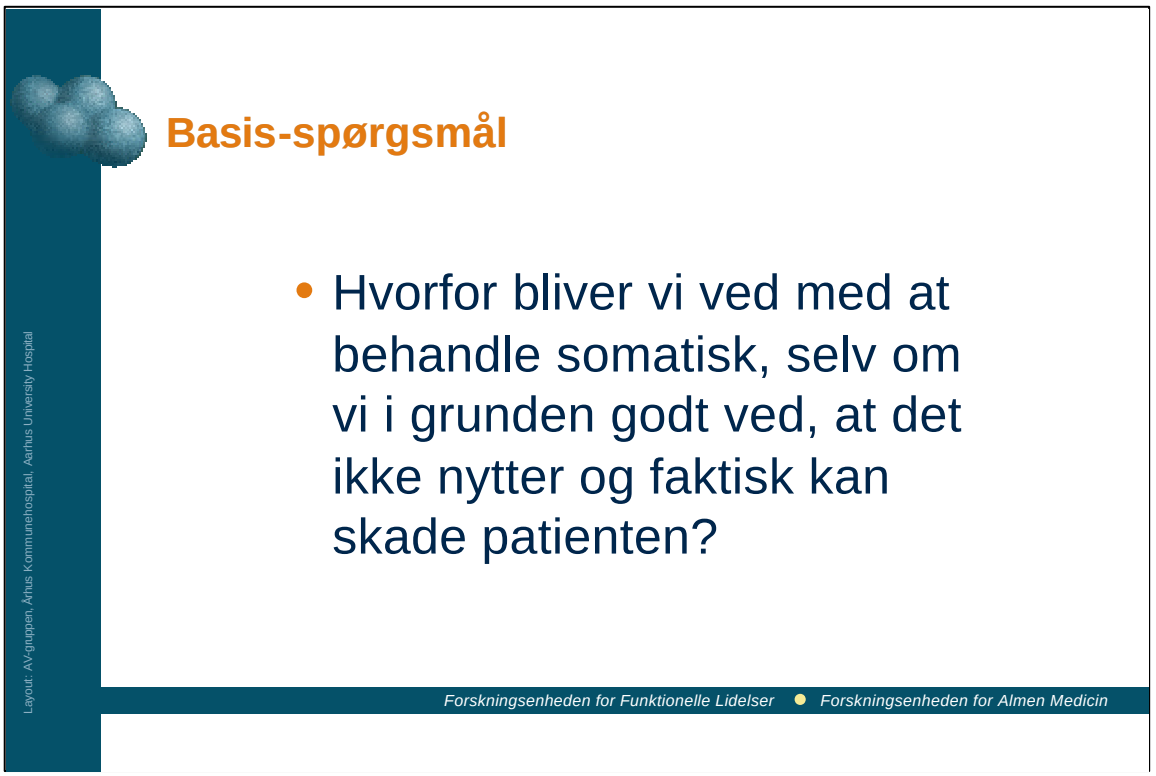
Det er den del, jeg vil tage fat på her.



Dette aspekt er i fokus i denne definition på somatisering af den canadiske psykiater McDaniel.

Hun definerer somatisering som:

En proces, hvor lægen, patienten eller familien fokuserer udelukkende og uhensigtsmæssigt på det somatiske aspekt af et kompleks problem.



I kender alle kroniske somatiserende patienter, som har været igennem talrige undersøgelser og behandlingsforsøg, uden at det har hjulpet, og man stiller sig uvægerligt spørgsmålet LÆS SLIDE.

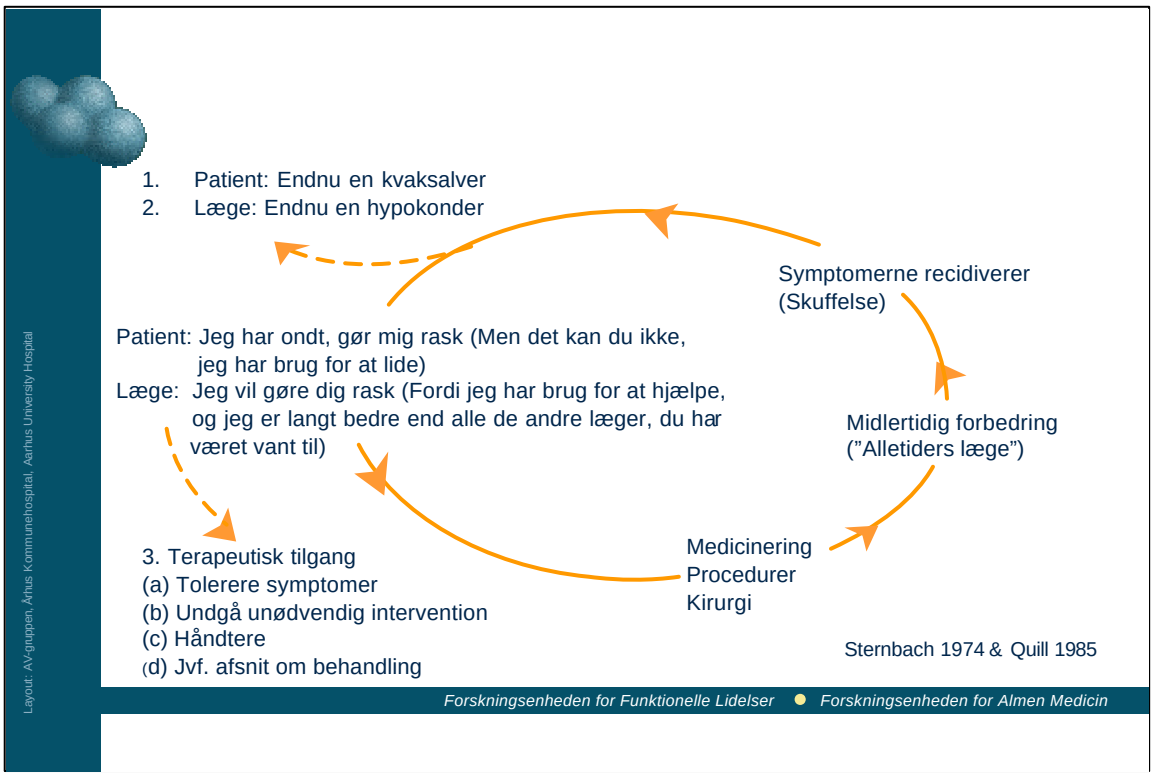
Det er dette basale spørgsmål, som jeg vil forsøge at komme med nogle svar på.

Før vi tager fat på lægen eller sundhedssystemets betydning, vil jeg dog nævne, at der selvfølgelig også er faktorer ved patienten, der er medvirkende til, at sundhedssystemet reagerer på denne måde.

OBS:

Man kunne evt. nævne noget om psykosocial kommunikation (p. 27 i manualen)

Vi kunne uden problemer lade denne dias udgå!



Denne figur illustrerer meget effektfuldt den onde cirkel, man ofte ser i sammenspillet mellem lægen og den somatiserende patient.

Patienten kommer til lægen og siger "jeg er syg - heldbred mig" , hvortil lægen siger "Ja - det skal jeg nok gøre", og han tænker på, at han selvfølgelig er meget bedre end alle de andre læger, som patienten har været hos. (Vi kender det alle!)

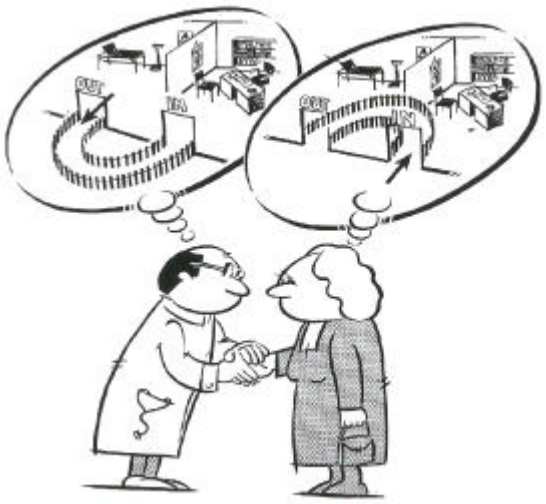
Lægen begynder at udrede patienten og prøver en behandling, og der kommer så en bedring i tilstanden, og begge er tilfredse "Great Doc".

Desværre kommer symptomerne uvægerligt tilbage typisk efter en 2-3 mdr., og det hele kan gentage sig, indtil en af parterne bliver tæt af det.

Lægen smider patienten ud med ordene, endnu en bundhysterisk hypokonder, eller Patienten med ordenen "endnu en kvaksalver". Det hele kan derefter fortsætte hos den næste læge.

(Kender I det?)

Der findes forskellige måder, man kan bryde denne onde cirkel på, og det er noget af det, vi vil arbejde med på dette kursus.



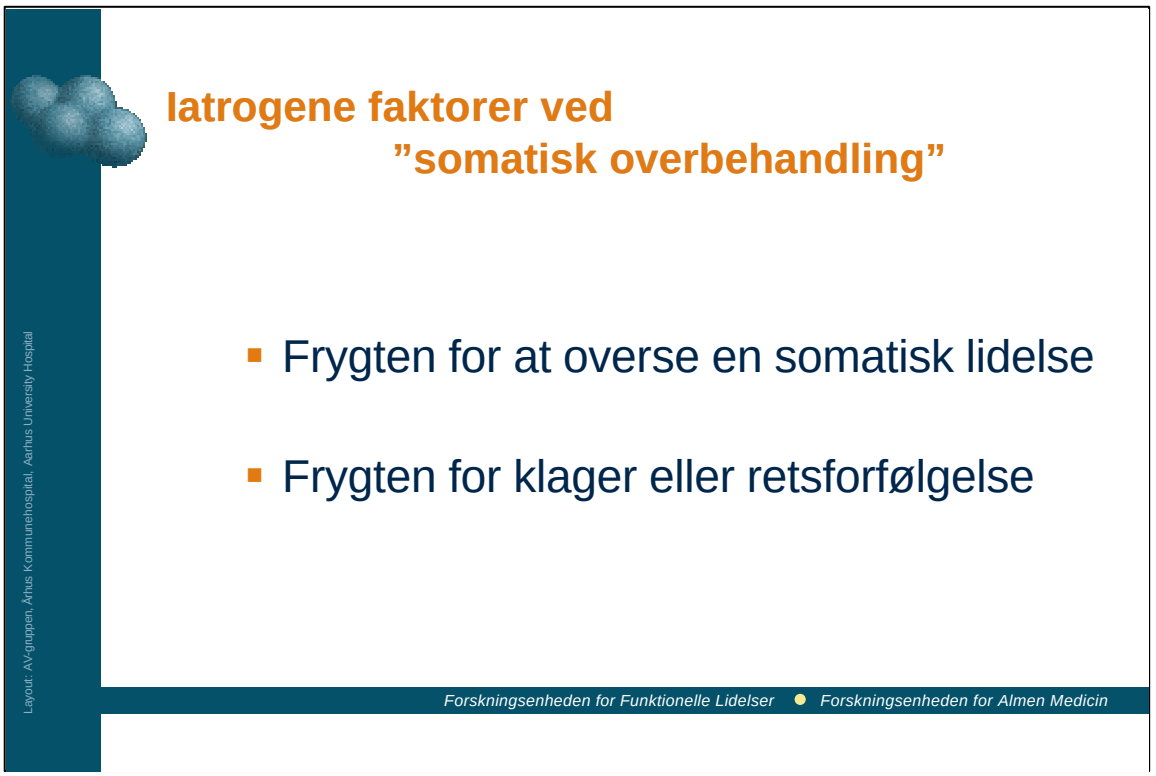
P. Portegijs, 1996

Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser ● Forskningsenheden for Almen Medicin

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

En anden måde at illustrere den forskellige opfattelse af det samme problem hos lægen og patienten ses på denne dias.

(pause, så de kan nå at læse den)



En af de hyppigste årsager, man hører blandt læger, er angsten for at overse en somatisk lidelse og for klager og retsforfølgelser.

Dette på trods af, at det tyder på, at det er sjældent, at det sker.

I en nyere undersøgelse af patienter, der havde været indlagt på en neurologisk afdeling pgr. af lammelser i en ekstremitet, fandt man ved 6 års efterundersøgelsen, at det kun hos 3-4% var blevet fundet en lidelse, som muligvis kunne forklare lammelserne.

Andre undersøgelser har vist lignende tal, så det virker til mere at være et problem i vores bevidsthed end et reelt problem, at noget bliver overset.

Selvfølgelig er det sværere i almen praksis, hvor det er et uselekteret patientmateriale, der kommer.

De somatiserende patienter går dog så ofte til læge og har en lavere tærskel for at registrere symptomer, at det antages, at det er sjældnere, at der overses noget hos dem end hos andre patienter.

Formuleringen at overse noget er også uheldig valgt.

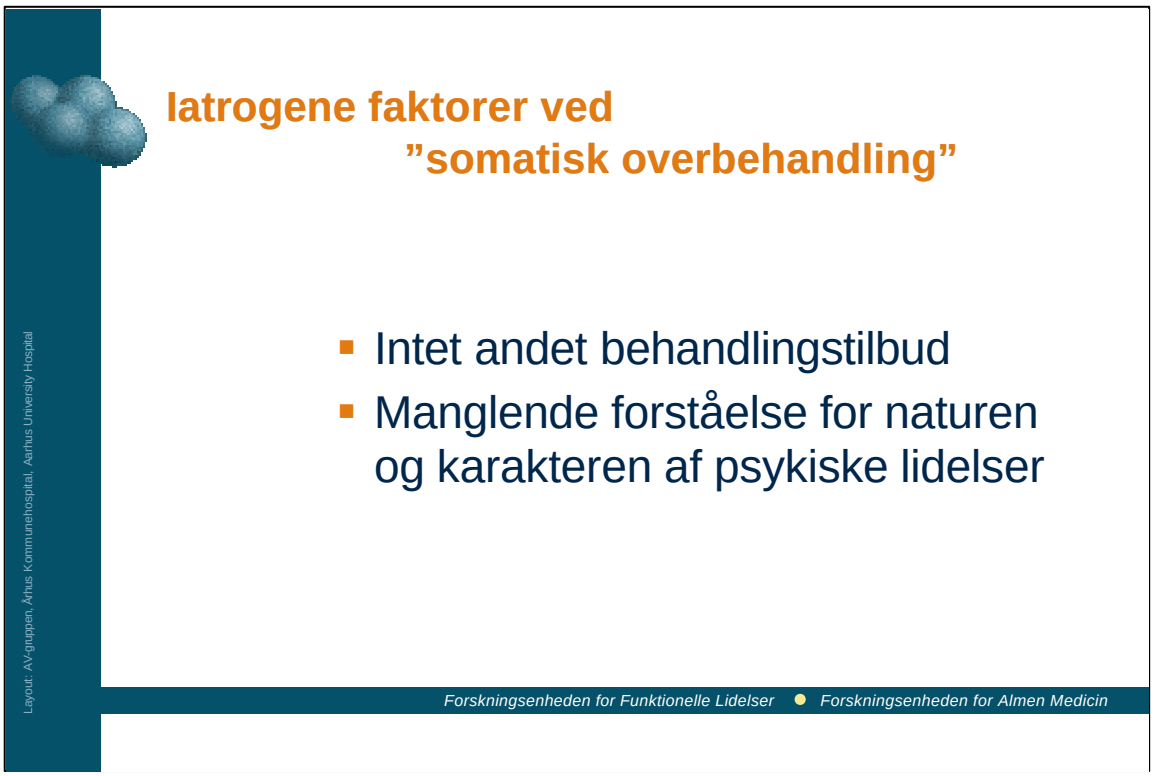
Det er bedre at tale om, at det er en forkert differentialdiagnose, man har stillet, og det er selvfølgelig uheldigt på tilsvarende måde, som når man stiller den forkerte diagnose mellem 2 somatiske lidelser.

Endvidere kan man nærmere tale om, at diagnosen bliver forsinket, og det er formodentligt meget sjældent, at det har alvorlige konsekvenser for patienten. (fortsætter næste dias).

Først ryggen fri,

Så luftvejene fri

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital



Desværre må vi sige, at vi endnu ikke har noget specialiseret behandlingstilbud til disse patienter, hvorfor der ofte ikke er noget behandlingstilbud til disse patienter.

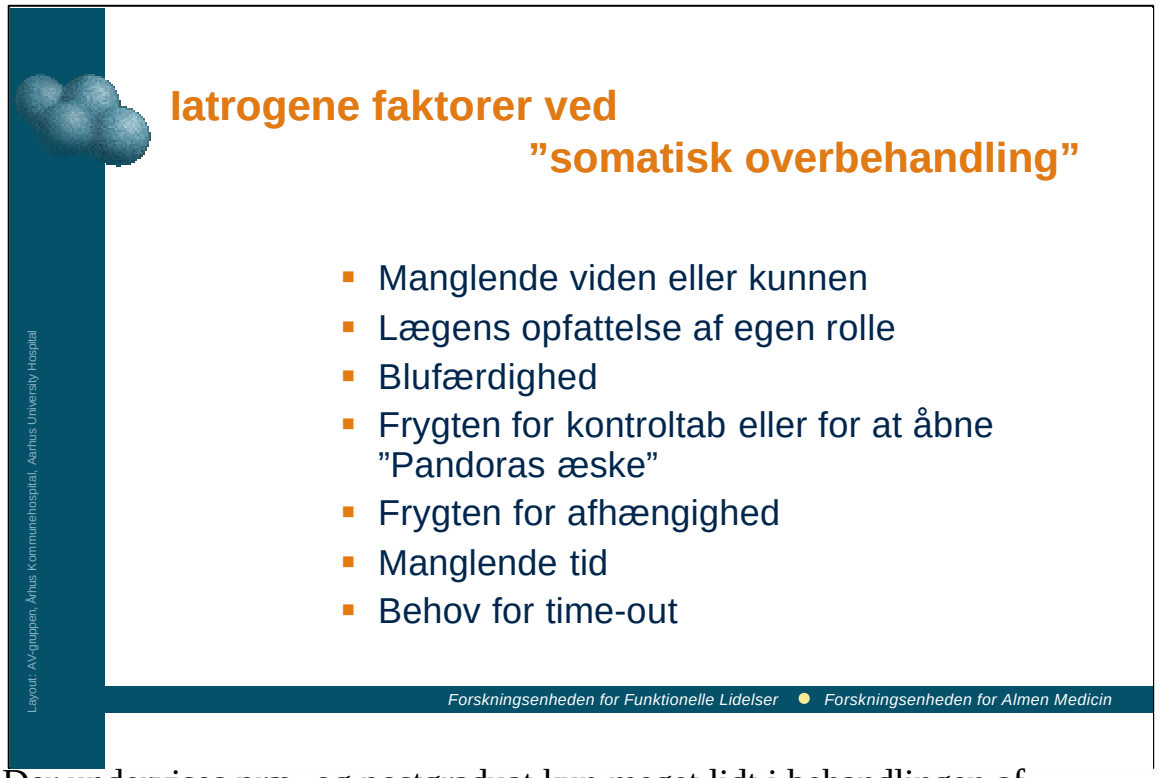
Dertil kommer, at nogle læger har meget lave tanker om den psykiatriske behandling og ikke mener, at det nytter noget.

Moderne psykiatrisk behandling er dog ofte effektiv, hvis ellers psykiaterne vil modtage pt.

Man møder nogle gange den holdning, at det er patientens egen skyld, at de blot får de undersøgelser og den behandling, som de selv har bedt om.

Dette bygger på en manglende forståelse af karakteren af psykiske lidelser.

Problemet her er netop, at patienten ikke kan pålægges et sådant ansvar, idet motiverne er ubevidste og irrationelle.



Der undervises præ- og postgraduat kun meget lidt i behandlingen af somatiserende patienter, hvorfor mange læger ikke ved, hvordan de skal behandle patienter med funktionelle lidelser.

Nogle læger opfatter lægerollen som den, der kun tager sig af "biomedicinske" problemer.
Pga. af den markante overlapning mellem psykiske og somatiske lidelser kan denne holdning få katastrofale følger for patienten.

Nogle læger føler, at de krænker patientens blufærdighed ved at stille spørgsmål om deres velbefindende på samme måde som fx. en gynækologisk undersøgelse. (Nogle gange har man indtryk af, at læger har lettere ved den sidste).

Mange læger har oplevet, at når man først begynder at spørge til patientens problemer, så vælder problemerne ud, og det er ikke til at få stoppet patienten.
Man har så og sige åbnet "Pandoras æske".
I daglig tale kalder vi det også ketchupeffekten, man banker og banker på flasken og pludselig kommer det hele på en gang.
Der er udmærkede metoder til at stoppe dette igen på en indfølelig måde, som I vil høre på dette kursus.

Lægen kan også være bange for, at patienten bliver helt afhængig af ham.

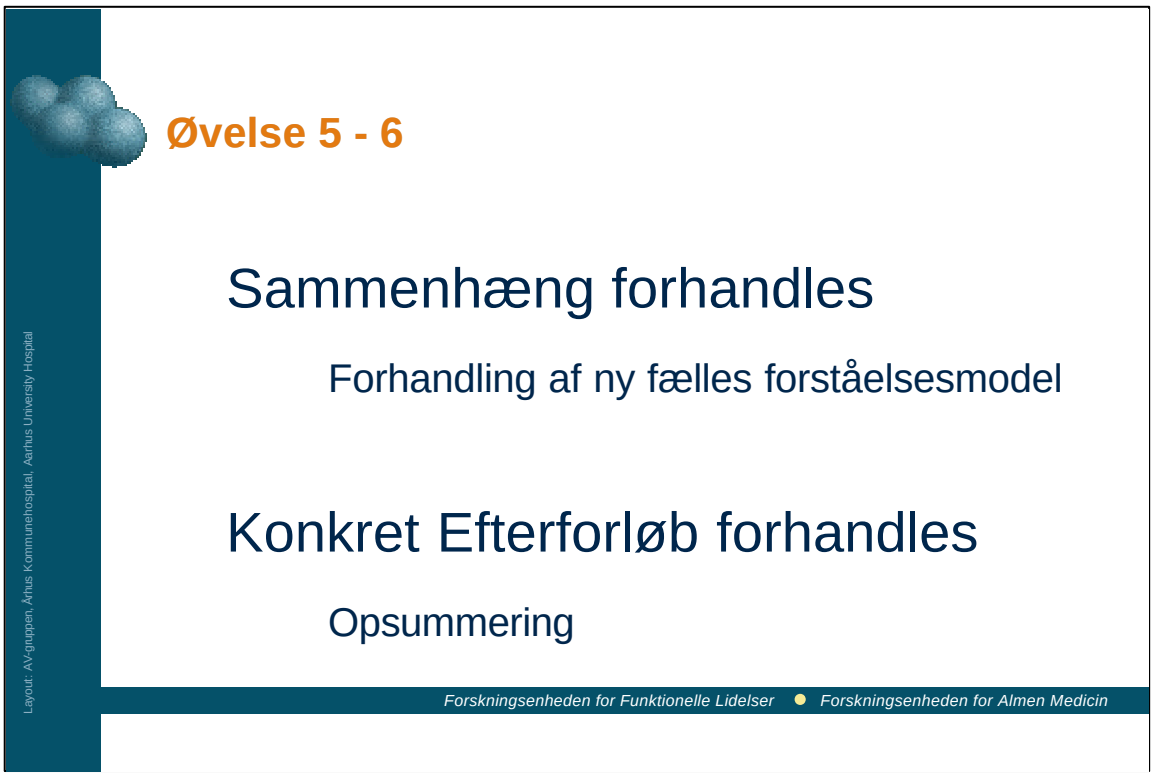
Dernæst er problemet manglende tid.
Hertil er dog at sige, at hvis man udnytter 15 minutter effektivt kan man nå utrolig meget.

Endeligt kan disse patienter være dødirriterende, og man kan have behov for en pause, og man indlægger eller henviser derfor patienten.
Der er helt legitimt, men man bør holde sig for øje, at dette er årsagen.

Praktiske bemærkninger

- Middag
- Morgendagens program

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital



20 min. (+ 5 min til forsinket start)

Pp 37-41

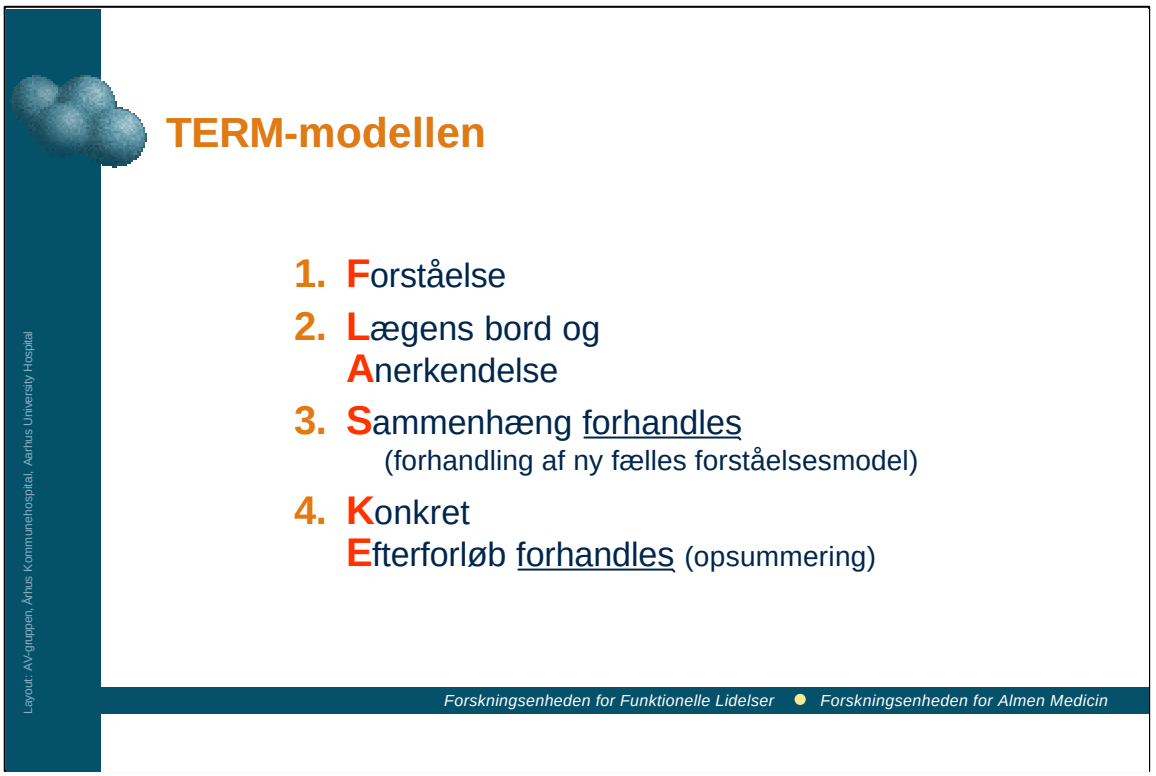
I øvelse 5 og 6 skal vi arbejde med at forhandle en ny forståelsesmodel med patienten.

Somatiserende patienter er ofte meget fokuserede på, at der må findes en organisk forklaring på deres lidelse, og har lukket af over for andre muligheder.

Kunsten er at bløde op på denne opfattelse og så at sige udvide patientens horisont væk fra en firkantet *enten eller* tankegang.

Dette skal foregå igennem en åben forhandling og diskussion af muligheder med patienten.

Endvidere skal vi se på det videre behandlingsforløb.



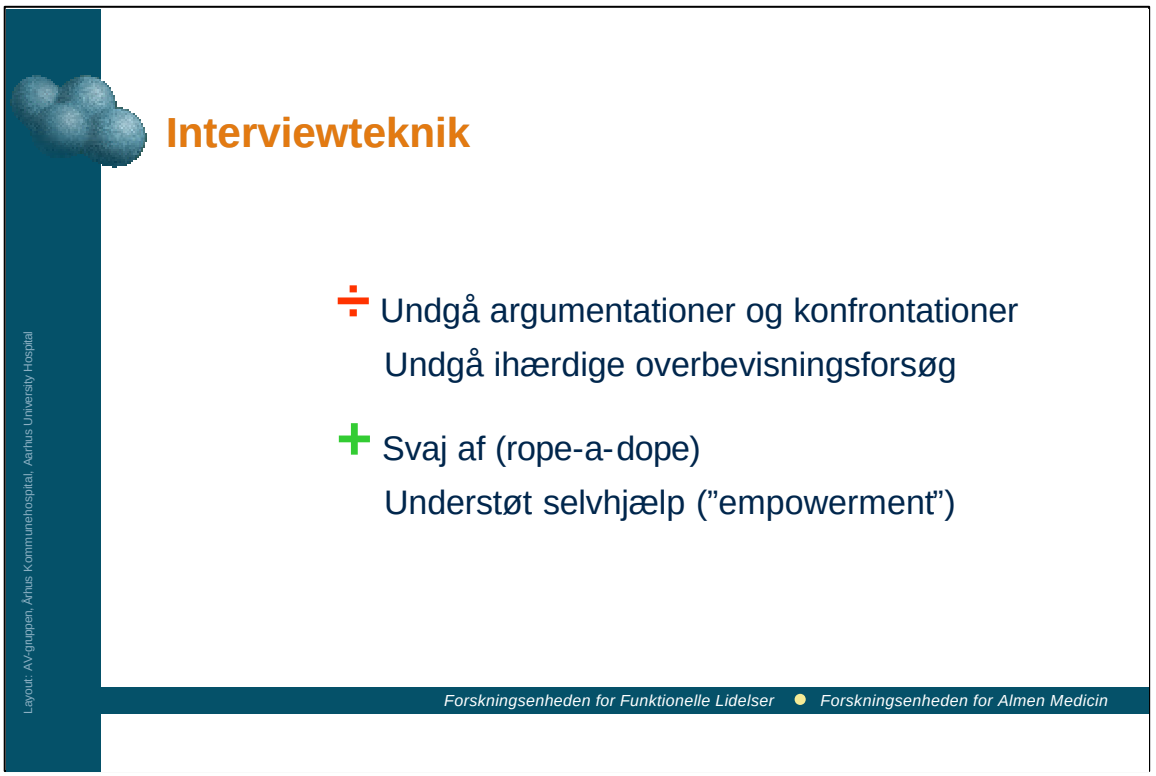
I TERM-modellen er det punkterne 3 og 4, som altså viser ”SKE”

LÆS SLIDE

Også til dette har vi nogle interviewteknikker, som kan anvendes, og disse vil vi gennemgå først.

Det drejer sig om

LÆS DET **FREMHÆVEDE** PÅ SLIDE



De interviewteknikker, vi først og fremmest vil fokusere på i dette afsnit, er rope-a-dope og empowerment

Der er i dette afsnit, hvor vi diskuterer årsagen til symptomerne med patienten, en stor risiko for at løbe ind i trælse diskussioner og frugtesløse overbevisningsforsøg.

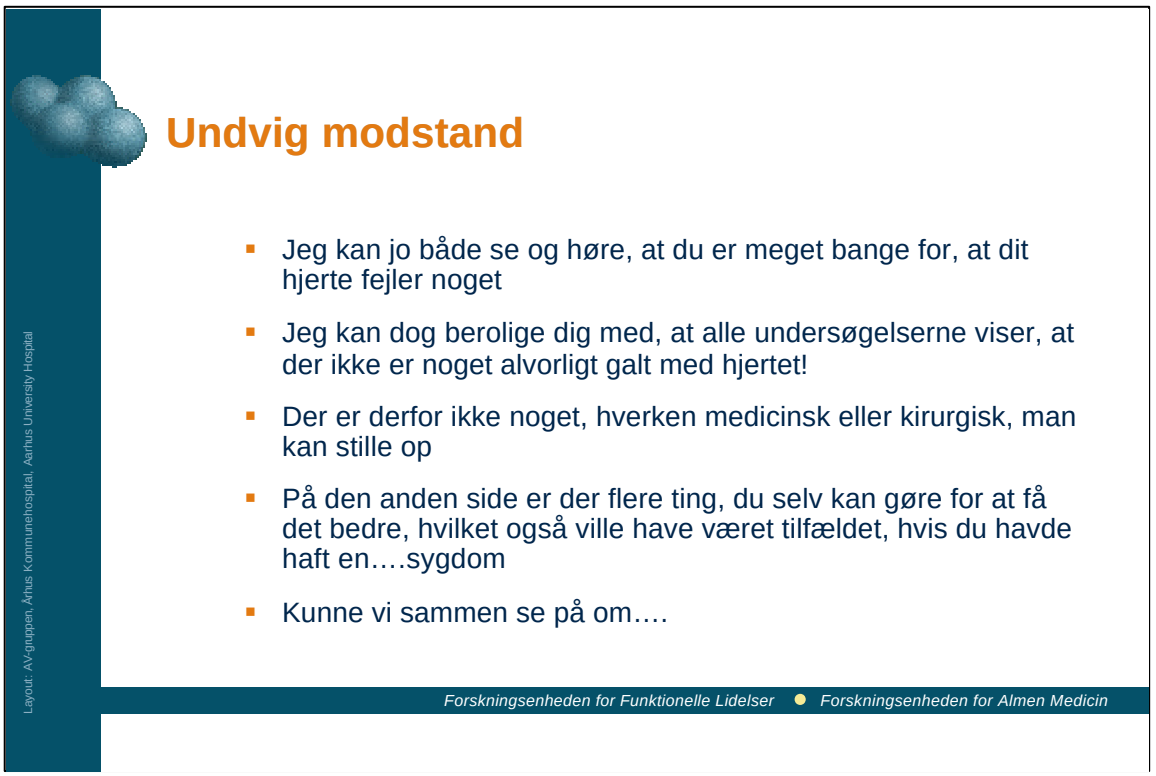
Dette skal man undgå, idet patienten altid vil have fat i den lange ende.

De er så vant til disse diskussioner, og det tjener ikke noget formål at forsøge at argumentere - det er sjældent, man kommer nogen vegne med det.

Man kan undgå dette at svaje af - det, vi også har kaldet Rope-a-dope, som er et bokserudtryk, som kommer fra Muhammed Alis kamp mod George Foreman i Zaire.

Muhammed Ali lod sig ramme igen og igen men opfangede stødene i paraderne, og svajede af for stødene, så han udtrættede modstanderen uden selv at blive ramt.

Da George Foreman var blevet træt slog Muhammed Alis kontra og slog George Foreman ud.



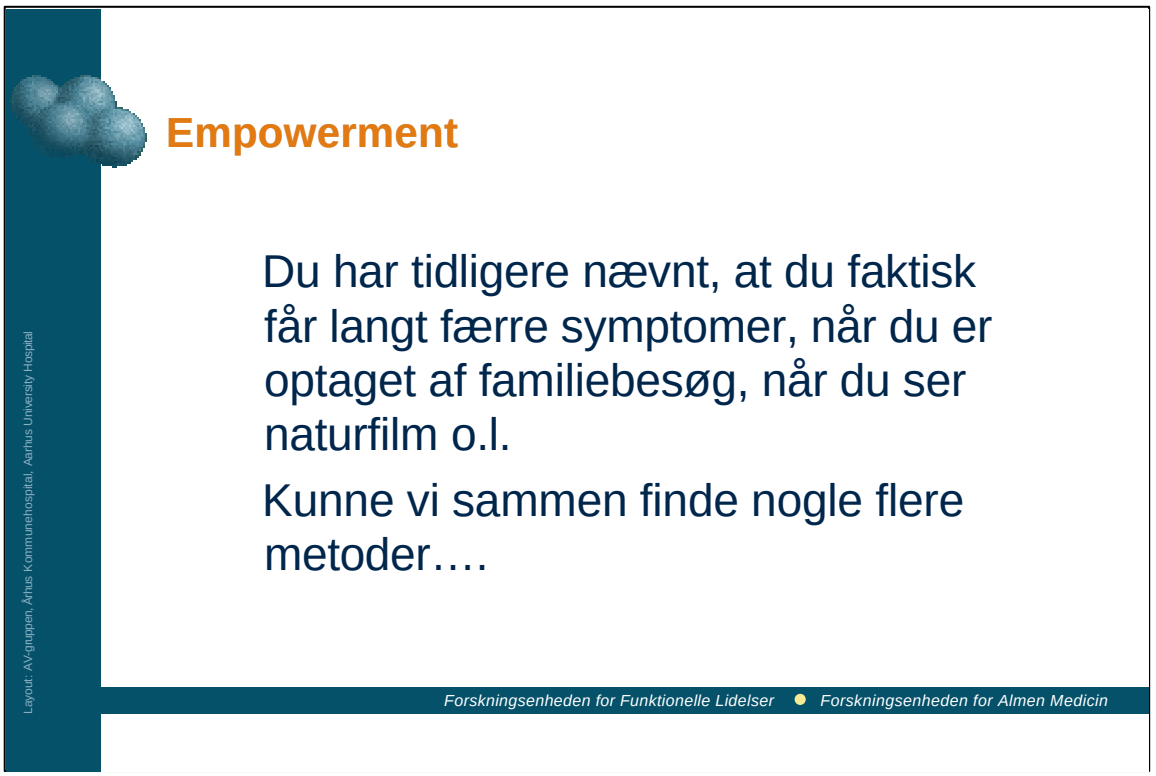
I stedet for at gå imod modstanden, skal man svaje af eller at gå med modstanden.

Hvordan kan man afværge en udtalelse fra patienten om, "siger du, at det er psykisk??

Jeg VED med mig selv, at det er en fysisk sygdom - det kan jeg jo mærke"

Prøv med LÆS SLIDE

Fortæl evt om ”sandwich-teknikken”



En ting, der kan hjælpe patienten meget, er at understøtte patientens fornemmelse af selv at have kontrol over sin situation og sine symptomer.

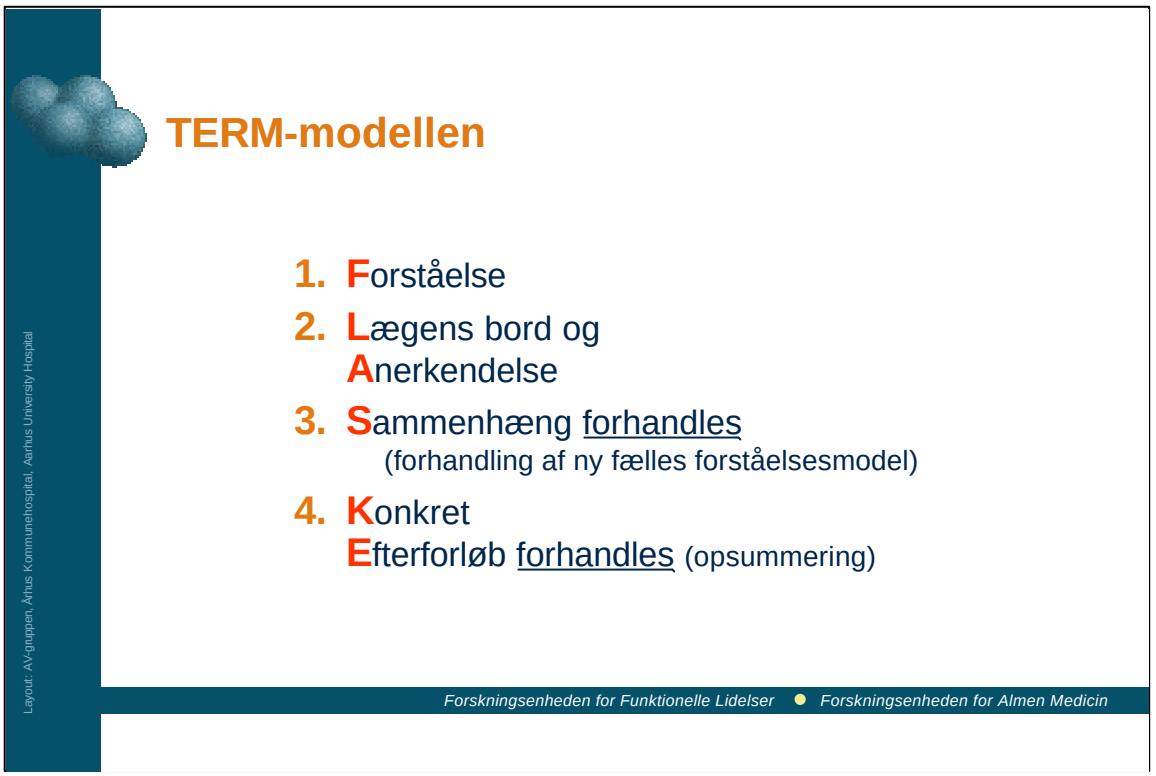
Ofte vil den somatiserende patient stå helt uforstående og undrer sig over for sine sygdom - føle sig hjælpeløs og i sygdommens magt.

Det er derfor vigtigt at patienten finder ud af, hvad de fejler - at de får en menig og forståelse af, hvad det drejer sig om.

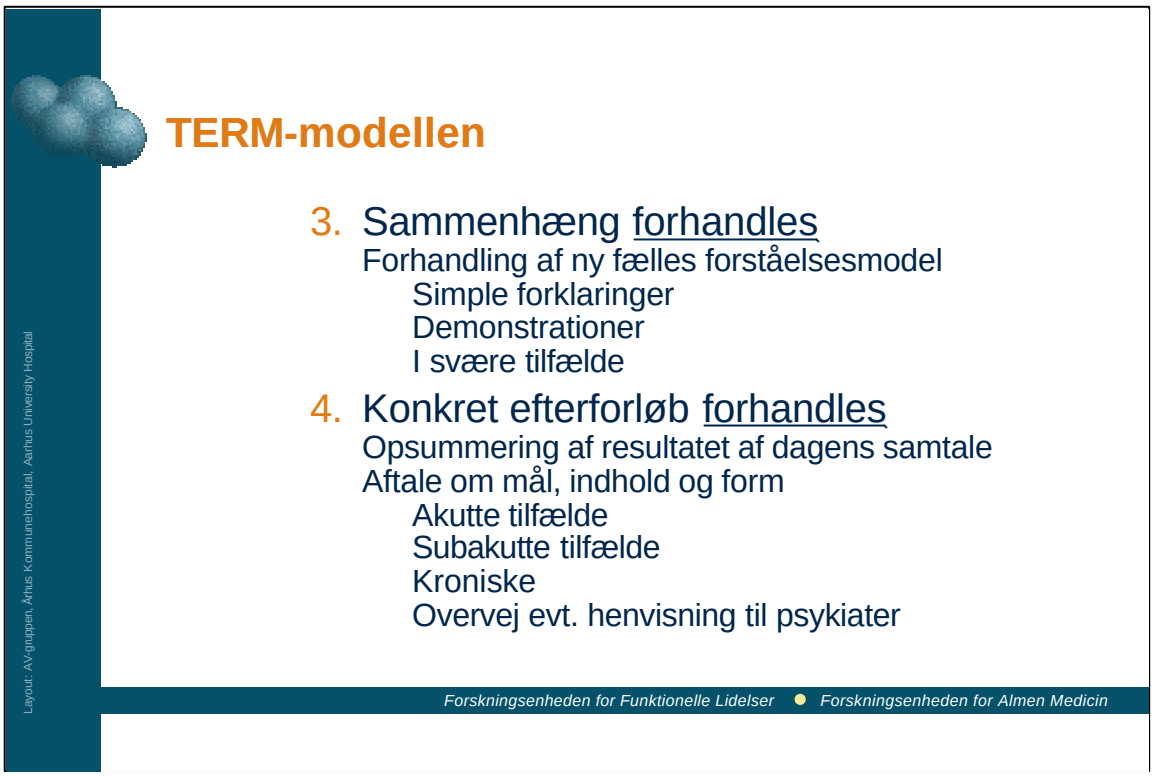
Endvidere er det vigtigt, at patienten føler de får en vis kontrol over symptomerne, at de rent faktisk selv kan gøre noget for at få det bedre.

Her optræder lægen som konsulent og sparringspartner for patientens forsøg på at finde strategier til at håndtere sygdommen. Man kan starte med en udtalelse som LÆS SLIDE

Empowerment er i øvrigt kraftigt forbundet med patienttilfredshed!



Og nu til punkt 3 og 4 i TERM modellen – LÆS OP



Det er en alm. basal antagelse, at fysiske symptomer skyldes fysisk lidelse og derfor er tegn på organ-fejlfunktion.

Enten-eller tankegang er udbredt hos patienter (såvel som hos en del læger).

Det, der er kunsten her, er at komme frem til en ny forståelsesmodel med patienten, så den ikke er fastlåst i en enten/eller tankegang, dvs. at fysiske symptomer og gener, ligegyldigt hvor generende de kan være, ikke nødvendigvis er udtryk for en legemlig lidelse, men kan skyldes belastninger og andre faktorer.

Det er vigtigt, at man arbejder sammen med patienten og **forhandler** løsninger og for enhver pris undgår at blive belærende.

Én måde at forhandle på er at lave et skift mellem det generelle og individet. Som når man siger: "Jeg ved fra andre...Kunne det forholde sig sådan hos dig?"

Man kan begynde med at forklare, at det at reagere med fysiske symptomer på belastninger er helt normalt - noget som alle mennesker gør.

Som eksempler kan nævnes, at man får hjertebanken, åndenød når man bliver forskrækket.

Og anspændthed, urolig mave, når man bliver nervøs og stresset.

Et andet eksempel på sammenhæng mellem ens psykiske velbefindende og det fysiske er, at når man føler sig nedtrykt eller deprimeret, har man en lavere smertetærskel, så normalt ubetydelige symptomer pludselige kan bliver forstærket til svære symptomer.

Endelig kan man anvende eksemplet med, at man spænder musklerne, når man er anspændt.

Det giver myoser, smerter og kan resultere i en ond cirkel.

Vi har ikke taget formuleringer med her; men dem kan i finde i oplæggene til øvelserne.

Det I ser her er forskellige metoder, man kan anvende. Man skal ikke anvende alle hver gang; men bruge de elementer der passer i en given situation.

Praktiske øvelser kan være effektfulde.

15. Angst, svimmelhed og ørhed i hovedet kan demonstreres ved hyperventilation.

Muskelspændinger ved selv moderat belastning kan demonstreres ved at holde en bog i strakt arm eller ved at knytte hånden fast. Tensionshovedpine kan provokeres ved at massere nakkemyoser.

16. Ved sokratisk spørgeteknik kan patienten guides til at finde oplysninger om faktorer, der provokerer symptomerne.

"Du fortalte mig, at du havde mange smerter i lørdags, og senere, at det var i lørdags, at din kæreste kom for sent hjem... Jeg funderer over.."

17. Ofte har patienten været nervøs ved at skulle til læge og har derfor fået mange symptomer på vej til lægen.

Når de taler om besværlighederne hos lægen, kan de få det værre.

I øvelse 6 tager vi fat på de lidt sværere tilfælde.

18. Det er vigtigt, at diagnosen stilles, både af hensyn til at lægen gør sig den klar men også af hensyn til patienten.

Patienten har krav på en diagnose - dermed ikke ment, at man nødvendigvis skal anvende ICD-10 termer.

Patienterne har ofte en opfattelse af, at han er den eneste i verden, der har disse problemer, og der må kunne findes en årsag.

Det er derfor vigtigt, at han får at vide, at fænomenet er kendt og ikke usædvanligt "jeg kender mange andre patienter, der har det på samme måde som dig".

Ved at angive en diagnose får sygdommen eller fjenden et ansigt og navn og er dermed lettere at bekæmpe psykologisk set.

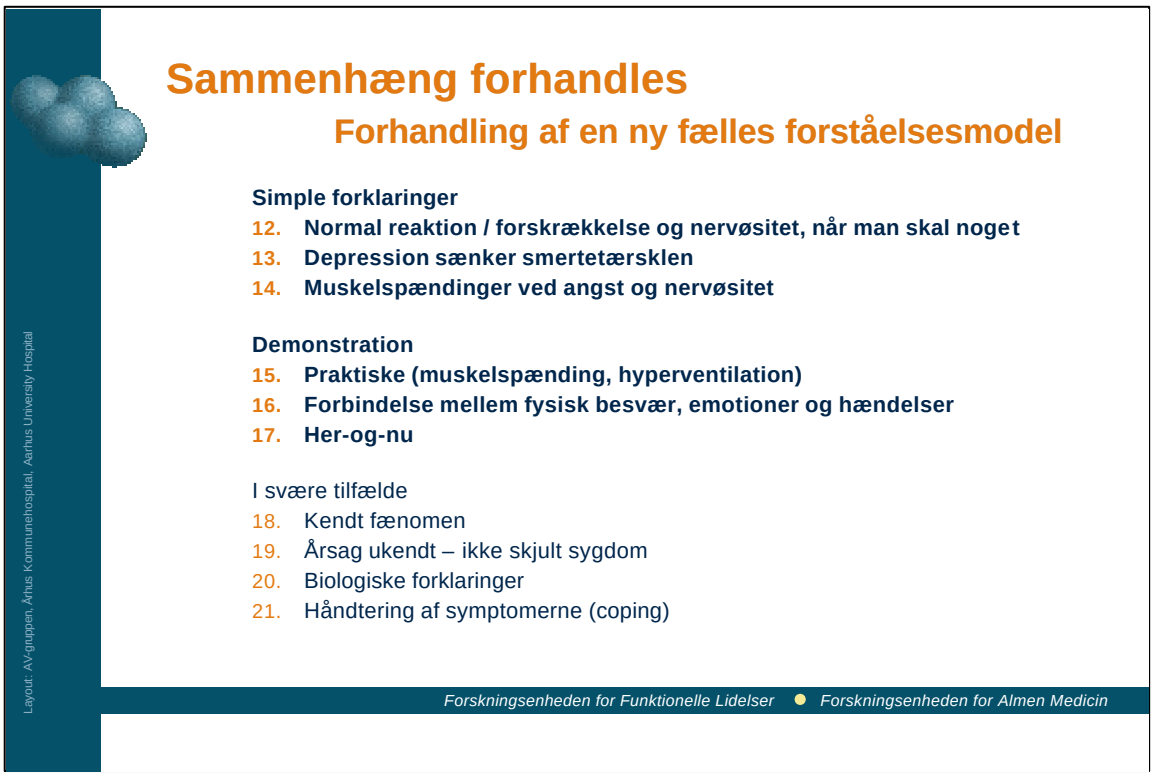
19 Man kan forklare, at årsagen dybest set er ukendt, men at der dels er fysiske, arvelige og psykologiske faktorer, der spiller ind, og der der er intet, der tyder på, at der ligger en uopdaget legemliglidelse bagved.

21. Rent faktisk er der undersøgelser, der viser, at der hos patienter med somatoforme lidelser er forandringer i hjernen, og at de er mere kropsligt fintfølende end andre.

20. Ikke desto mindre kan der gøres meget, og hvordan man lærer at håndtere sin tilstand, har stor betydning fremover.

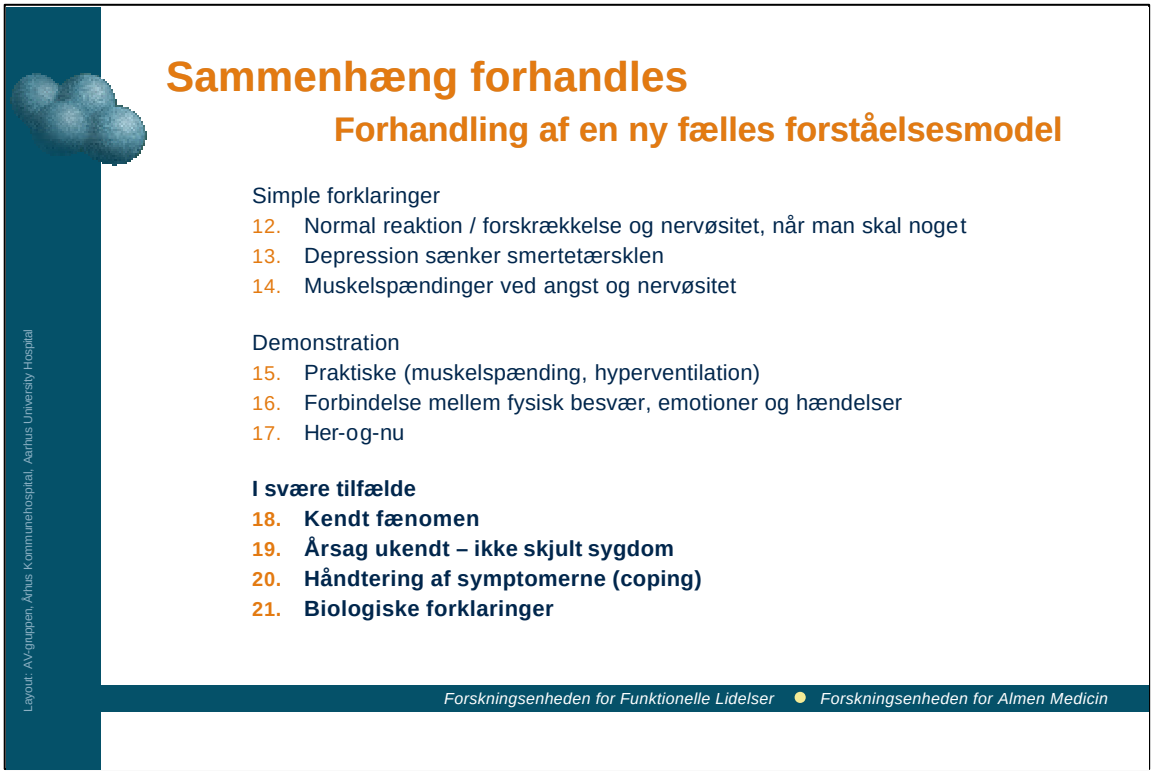
Det gælder iøvrigt, uanset hvad årsagen er til sygdommen.

Der er mange lidelser, vi ikke har en medicinsk eller kirurgisk behandling for, og som man må prøve at lære at leve med.



Samlet er det altså de øverste 6 elementer, I skal træne i øvelse 5.

Fornemmer I, at det går galt undervejs i konsultationen, kan det være en god idé at vende tilbage til Forståelsesdelen for atter at få patientens tillid.



I øvelse 6 skal vi se på de svære tilfælde.

I begge tilfælde skal vi aftale et efterforløb med patienten, hvad enten dette er "kom igen ved problemer" eller et fast samtaleforløb.

Resultatet af konsultationen opsummeres til sidst.

"Var dette noget, du kunne bruge"

Ville det være rimeligt, at vi nu koncentrerede os om....?"

Akutte tilfælde kan afsluttes i de allerfleste tilfælde: Efter at have undersøgt dig, kan jeg berolige dig med, at der ikke er tegn på, at du fejler noget alvorligt, eller at behandling er nødvendig.

Subakutte somatoforme patienter kan håndteres med en kortere eller længere samtalerække med faste tidsintervaller, evt. i form af dobbelt-tider.

Ved de kroniske tilfælde kan man evt. begynde med en statuskonsultation for ligesom at få begyndt på en frisk.

Vi vil komme tilbage til det i øvelse 7.

Kronisk somatiserende patienter har en kronisk lidelse, og det bør man indstille sig på, og man bør man aftale faste tider og intervaller.

Hvis patienten ofte ringer, kan man aftale "Højst 1 telefonkonsultation p.n. pr. uge".

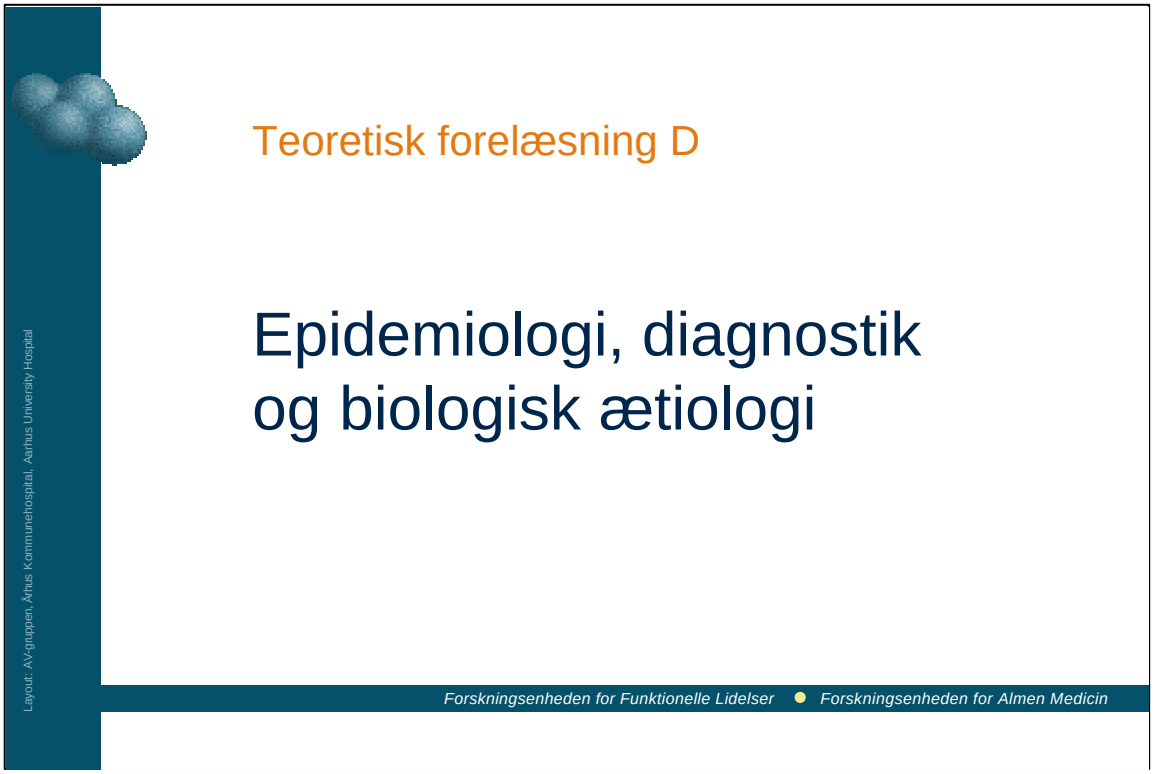
Psykiatrisk henvisning og shared care kan også komme på tale....

VIDEO

Altså, i øvelse 5 arbejder I med. LÆS SLIDE

Og i øvelse 6 arbejder I med. LÆS OP

SIDSTE SLIDE



Manualen pp 11-16 og pp 25-26

I det sidste teoretiske oplæg vil vi se på epidemiologi, diagnostik og de kroniske tilfælde.

Prævalensen af somatoforme lidelser

Setting	Somatoform Symptom	ICD-10 Somatoform tilstand
Almen praksis (Fink et al 1999)	59.6%	22.3%
Intern medicinsk afd. (Hansen et al 2000)	46.5%	18.0%
Neurologisk afd. (Fink et al)	65.9%	34.8%

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser ● Forskningsenheden for Almen Medicin

Her er 3 danske undersøgelser over hyppigheden af somatoform lidelser i almen praksis.

I en undersøgelse i almen praksis blev der ved standardiserede psykiatriske interview fundet, at knap 60% af patienterne på et tidspunkt havde præsenteret mindst et symptom, som der ikke kunne påvises et organisk grundlag for.

Undersøgelsen inkluderede kun patienter i alderen 18-50 år.

22 % opfyldte de psykiatriske kriterier for en somatoform lidelse.

Dette indebær i de fleste tilfælde, at patienterne skal have haft symptomerne i mindst 6 måneder, og det således nærmest er kroniske tilfælde.

Dette illustrerer også vores problemer med den psykiatriske diganoseklassifikation, at den ikke opfanger de lettere tilfælde, som er mest relevante for almen praksis.

I en undersøgelse af konsekutive patienter på en medicinsk afdeling fandt man med samme metode, at 46% præsenterede mindst et somatoformt symptom, og knap 1/5 opfyldte de diagnostiske kriterier for en somatoform lidelse.

På en neurologisk afdeling fandt man blandt alle nyhenviste patienter, at 65 % havde mindst et somatoformt symptom, og 1/3 opfyldte kriterierne for en ICD-10-diagnose.

Somatoforme lidelser er således overordentlige hyppige og mindst lige så hyppige som depression og angstlidelser.

Der er ofte også et stort overlap med depression og angstlidelser.

Inddeling af somatiserende tilstande

	Sygdoms-produktion	Motivet
Simulering (”Malingering”)	Bevidst	Bevidst
Factitious disorder	Bevidst	Ubevidst
Somatoform og dissociativ	Ubevidst	Ubevidst

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Man kan inddele somatiserende tilstande efter den måde, at symptomerne bliver produceret, og efter hvorvidt motivet er bevidst eller ubevidst.

Ved simulering siger vi, at både motivet og sygdomsproduktionen er bevidst.

Patienten ved godt selv, at de ikke er syge, og de ved også, hvorfor det simulerer, der er et åbenbart motiv.

De kan f.eks. ønske at undgå militærtjeneste, prøver at få en pension mv.

Dette er modsat patienter med Facticious disorder.

Facticious betyder uægte eller falsk.

I kender måske ikke diagnosen, men hvis jeg nu siger Münchausens syndrom, vil de fleste kende det.

Münchausens syndrom er en undergruppe under factitous disorder.

Disse patienter producerer selv symptomerne eller kan tilføje sig selv en lidelse.

F.eks. kan patienten stikke sig selv med en inficeret nål og få abcesser. I et tilælde var en patient indlagt 40 gange med abcesser på lårene, før det blev afsløret, at hun stak sig selv med en inficeret nål.

Modsat simulanterne ved patienterne ikke, hvorfor de gør det, der findes ikke noget åbenbart motiv, eller sagt på en anden måde man skal lede efter motivet inden for psykopatologien.

Mange af disse patienter har en sværere psykosenær personlighedsafvigelse.

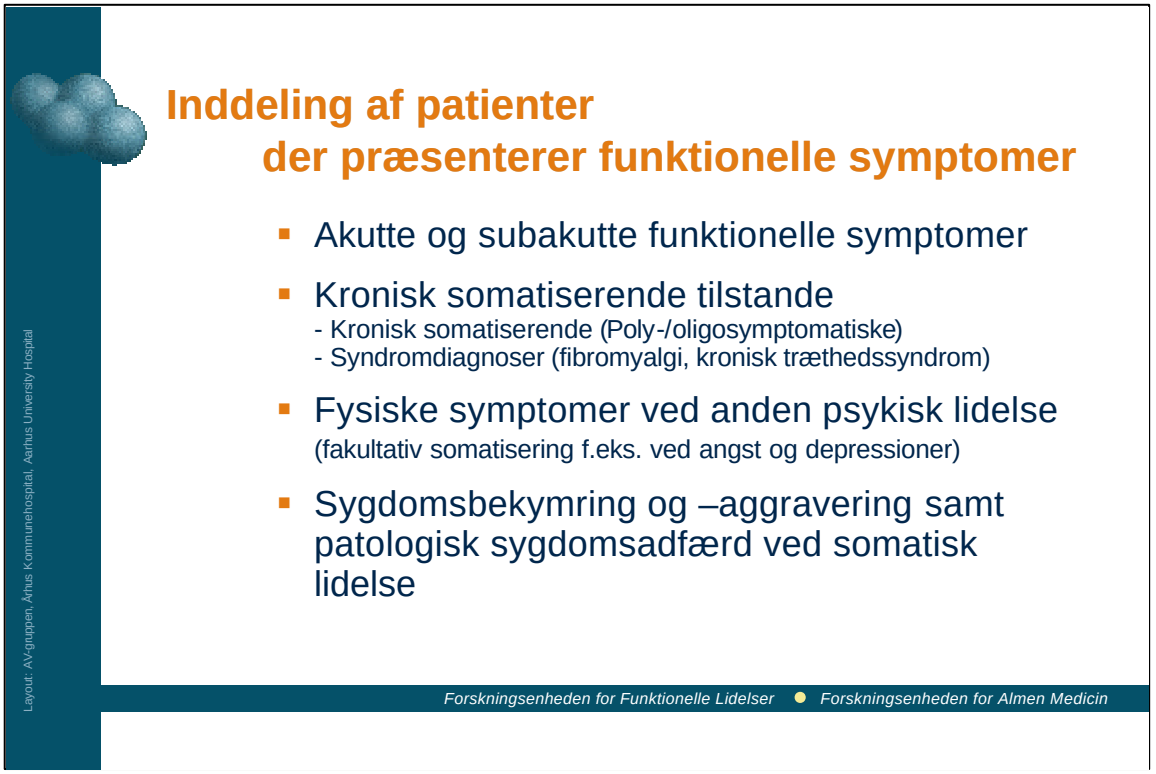
Der er ved patienter med facticious disorder ikke nogen grænse for, hvor langt de vil gå, og nogle gange kan de tilføje sig selv livstruende tilstande.

Dette er modsat simulanterne, som anlægger en cost-benefit betragtning, gevinsten ved at være syg skal nødigt overstige omkostningerne.

Ved de egentlige somatoforme lidelser siger vi, at både motivet og sygdomsproduktionen er ubevidst.

I virkeligheden er det muligt, at skellet ikke er så skarpt, men denne skelnen er vigtig, idet man ofte oplever, at patienter med factitious disorder eller egentlige somatoform lidelser fejlagtigt bliver behandlet som simulanter.

På dette kursus vil vi ikke arbejde med factitious disorder eller simulanter.



På dette kursus anvender vi en lidt anden inddeling af funktionelle lidelser, som er mere tilpasset almen praksis.

Vi inddeler i akutte og subakutte funktionelle symptomer, dvs. hvor patienterne har haft symptomerne i under 6 måneder.

I kroniske med varighed over 6 måneder.

Under de kroniske inkluderer vi også de såkaldte syndromdiagnoser som fibromyalgi og kronisk træthedssyndrom, idet disse tilstande har flere ligheder end forskelle fra de somatoforme lidelser.

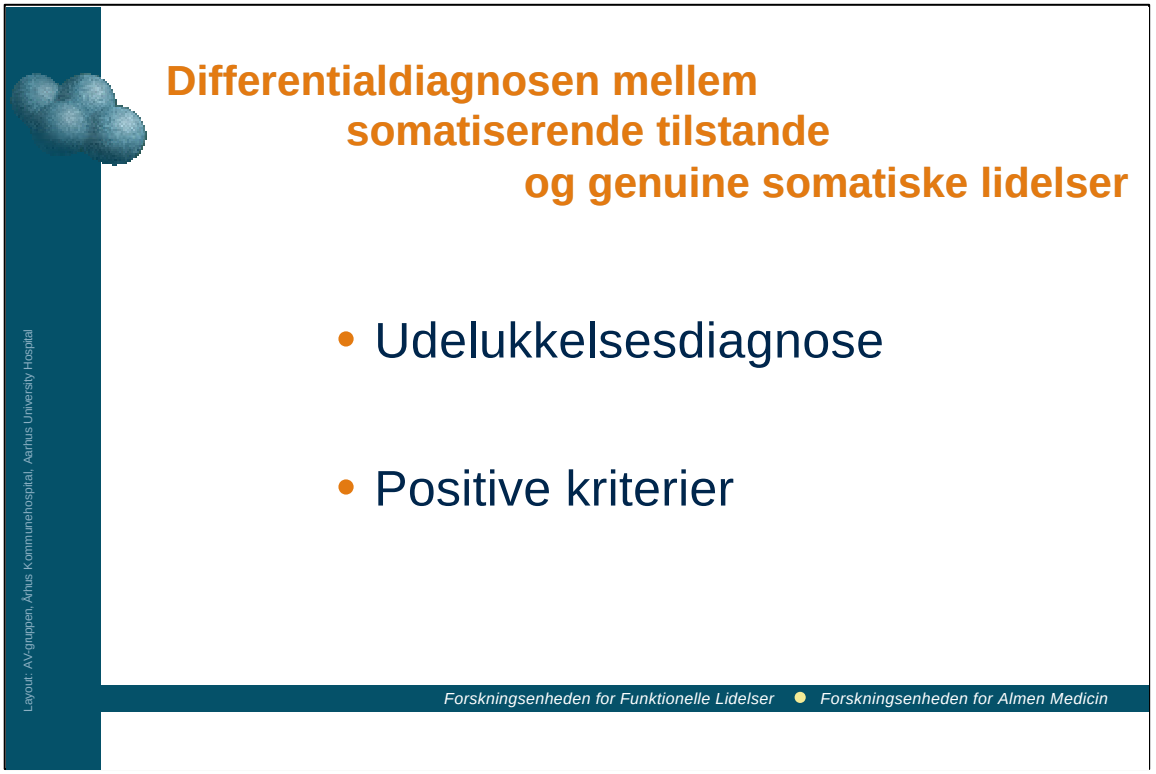
Kroniske tilstande inddeles endvidere i multisymptomatiske, dvs. patienter med multiple symptomer fra flere organsystemer.

Og i patienter med færre symptomer.

Vi har tidligere været inde på fakultativ somatisering, dvs. at både angst og depressioner oftest præsenterer sig med fysiske symptomer.

Endelig er der sygdomsbekymring og aggravering ved somatiske lidelser.

Disse patienter har en veldefineret somatisk lidelser men sygdommen aggraveres på grund af psykologiske mekanisme.



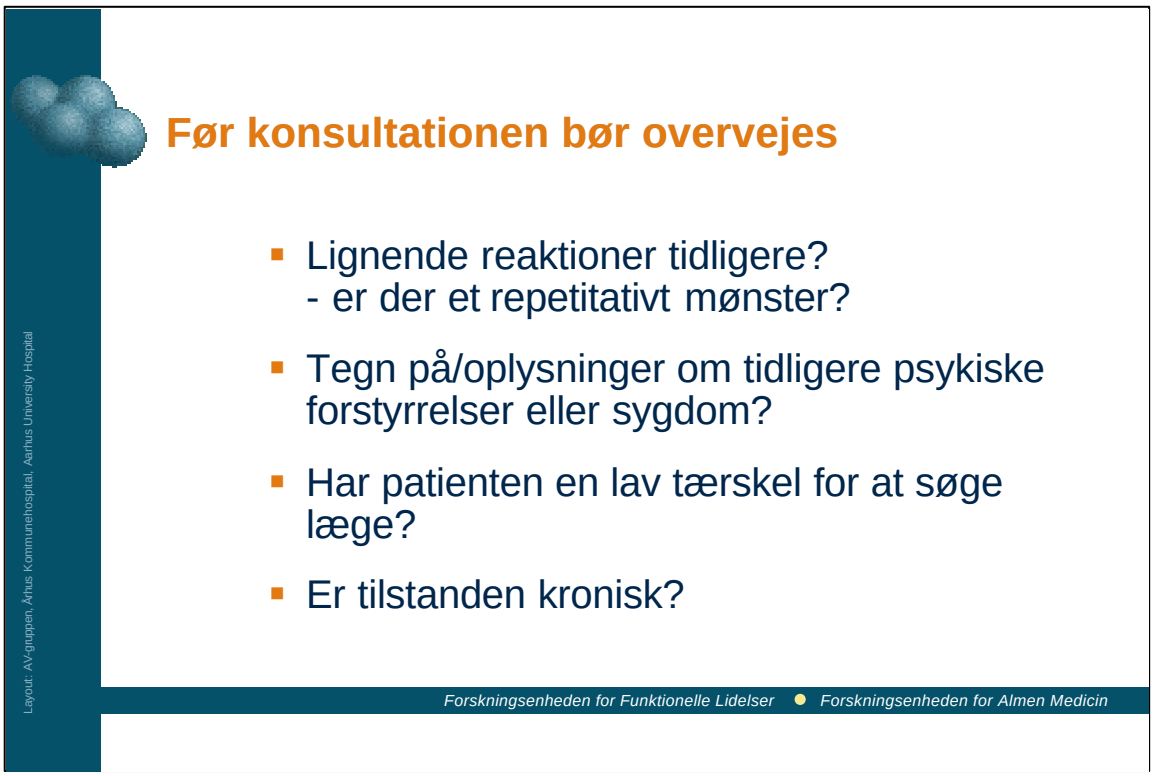
Som det ses, er somatoforme lidelser definerede som en udelukkelsesdiagnose, at man ikke kan finde nogen organisk forklaring på symptomerne.

Det er selvfølgelig aldrig rart at have en diagnose, som er baseret på udelukkelse, men vi har endnu ikke nogen sikre positive kriterier.

Det betyder dog ikke, at disse ikke findes.

På de næste dias vil jeg prøve at gennemgå nogle positive kriterier, som kan benyttes i differentialdiagnosen mellem veldefinerede somatiske lidelser og somatiserende tilstande.

Det skal understreges, at mange af disse ikke er dokumenteret endnu.



Ved somatoforme tilstande vil patienten ofte have reageret på samme måde tidligere, f.eks. hvis de har været udsat for belastninger og stress.

Specielt ved de kroniske tilstande vil der være et repetitivt mønster.

Tilstedeværelsen af en psykiske lidelse tidligere vil også kunne tælle for.

Man bør også overveje, om patienten har en lav tærskel for at søge læge.

Endelig, drejer det sig om en kronisk tilstand.

Man kan også se på, hvilke symptomer og kliniske fund patienten præsenterer.

Klager kan inddeles i subjektive symptomer LÆS SLIDE

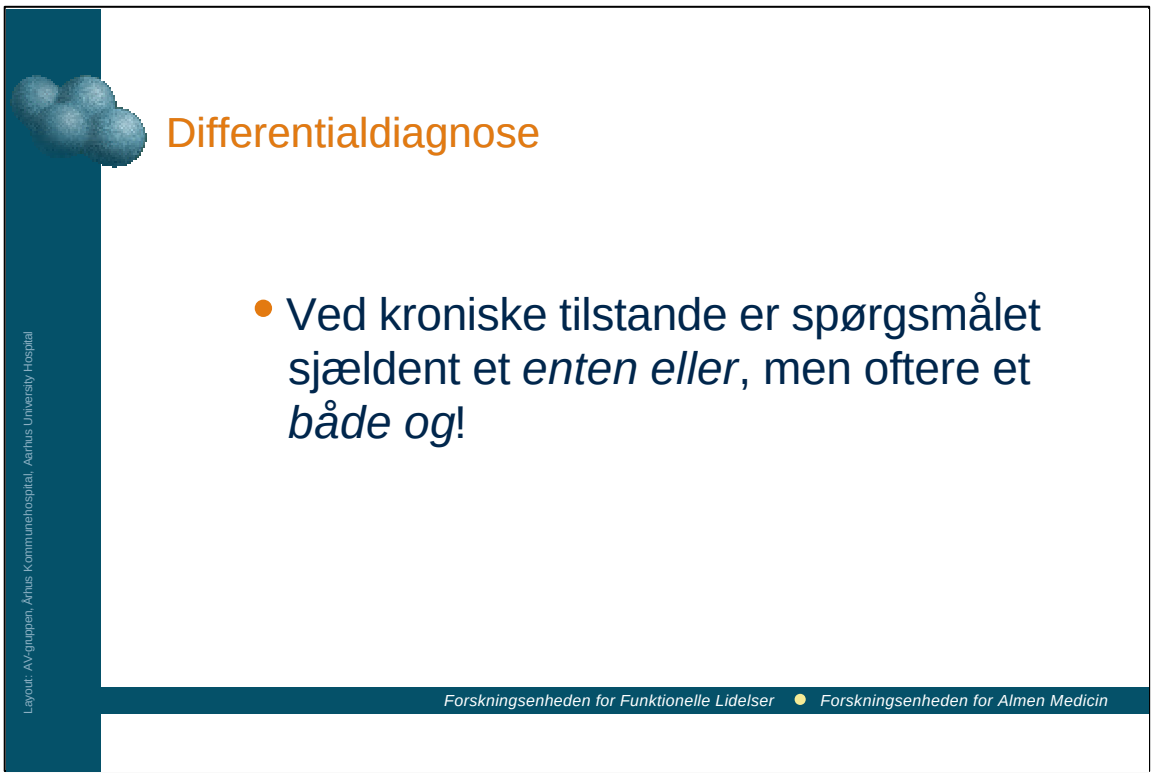
Og i objektive symptomer LÆS SLIDE.

På tilsvarende måde kan kliniske fund inddeles i provokerede fund LÆS SLIDE

Og i sikre fund LÆS SLIDE.

Alle subjektive symptomer og provokerede fund kan ses ved somatiserende tilstande, idet det i bund og grund er psykologiske symptomer forstået på den måde, at det er vores egen personlige oplevelse.

Objektive symptomer og sikre fund ser man derimod kun ved somatiske lidelser eller facticious lidelse.



Dog bør man være opmærksom på, at specielt ved kroniske tilstande er det sjældent et spørgsmål om enten eller men oftest et både og.

Patienterne kan være påført diverse skader gennem de mange undersøgelser, de har være igennem, og der kan være forskellige somatiske lidelser, hvor der er meget svært at afgøre, hvad der skyldes somatisering, og hvad der skyldes genuin somatisk lidelse.

Så denne skarpe skelnen mellem det psykiske og det somatiske kommer til kort og er uproduktiv.

Differentialdiagnose

Symptom	Funktionelle lidelser	Somatiske lidelser
Lokalisering	Vag, diffus, skiftende	Veldefineret, konstant lokaliseret
Intensitet	Vag, uklart definerede niveauer, få variationer, ofte maksimal hele tiden	Veldefinerede ændringer og niveauer i intensiteten
Periodicitet	Diffus, vanskeligt afgrænsbare, benægtes ofte	Typisk veldefinerede perioder med forværring eller forbedring
Lindrende eller for-værrende faktorer	Vage, uklare, talrige	Veldefinerede, få
Antallet	Talrige, vage	Få, veldefinerede
Typen	Uspecifikke	Specifikke
Karakteren	Ukarakteristiske	Karakteristiske, typiske

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

På dette og de følgende dias er der opremset nogle karakteristiske forskelle.

LÆS OP fra SLIDE

Differentialdiagnose

	Funktionelle lidelser	Somatiske lidelser
Behandling og medicin	Effekten vanskelig at vurdere, forbigående	Graden af effekt veldefineret
Beskrivemåde	Affektiv, emotionel, tolkende	Klar og deskriptiv beskrivelse
Symptomerne er	Sygdommen i sig selv	Udtryk for en sygdom
Emotionalitet	Inadækvat og vanskeligt indfølelig (overdrevet eller upåvirket)	Adækvat – indfølelig
Objektivt	Tydelig uoverensstemmelse mellem klager og påvirkethed	Overensstemmelse mellem klager og påvirkethed

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Fortsæt oplæsningen, teksten giver sig selv.

Differentialdiagnose

	Funktionelle lidelser	Somatiske lidelser
Psykosociale faktorer	Afvisende overfor psykosociale faktorer	Ikke afvisende overfor psykosociale faktorer. Kan selv foreslå det
Tidligere behandlinger	Er kritiserende. Giver ofte udtryk for at behandlingen har medført en forværring	Er bekymret over at tidligere behandlinger ikke har hjulpet
Tidligere behandlinger	Det er uklart, hvilken behandling patienten har gennemgået. Tolker ofte diagnostiske test som behandling	Patienten kan gøre rede for tidligere behandling

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Fortsæt oplæsningen, teksten giver sig selv.

Nu har vi hele tiden talt om, at der ikke findes et organisk grundlag for symptomerne.

Det er formodentligt ikke korrekt, idet der er meget, der tyder på, at der er et biologisk grundlag.

Ikke perifert, men i CNS.

Det er rimeligt veldokumenteret, at der findes et arveligt komponent ved somatiserende tilstande, som ikke kun kan forklares ved den sociale arv.

Ligeledes findes der undersøgelser der har påvist nogle karakteristiske elektrofysiologiske forandringer.

En af disse er, at de kroniske somatiserende patienter synes at have en defekt filterfunktion over for sensationer og symptomer fra kroppen.

Man mener, at det skyldes en manglende kortifugal hæmning af afferente impulser i hjernestammen, således at de somatiserende patienter hele tiden bliver bombarderet med fysiske stimuli, som kommer frem i bevidstheden, hvorimod raske mennesker ubevidst filtrerer disse fra.

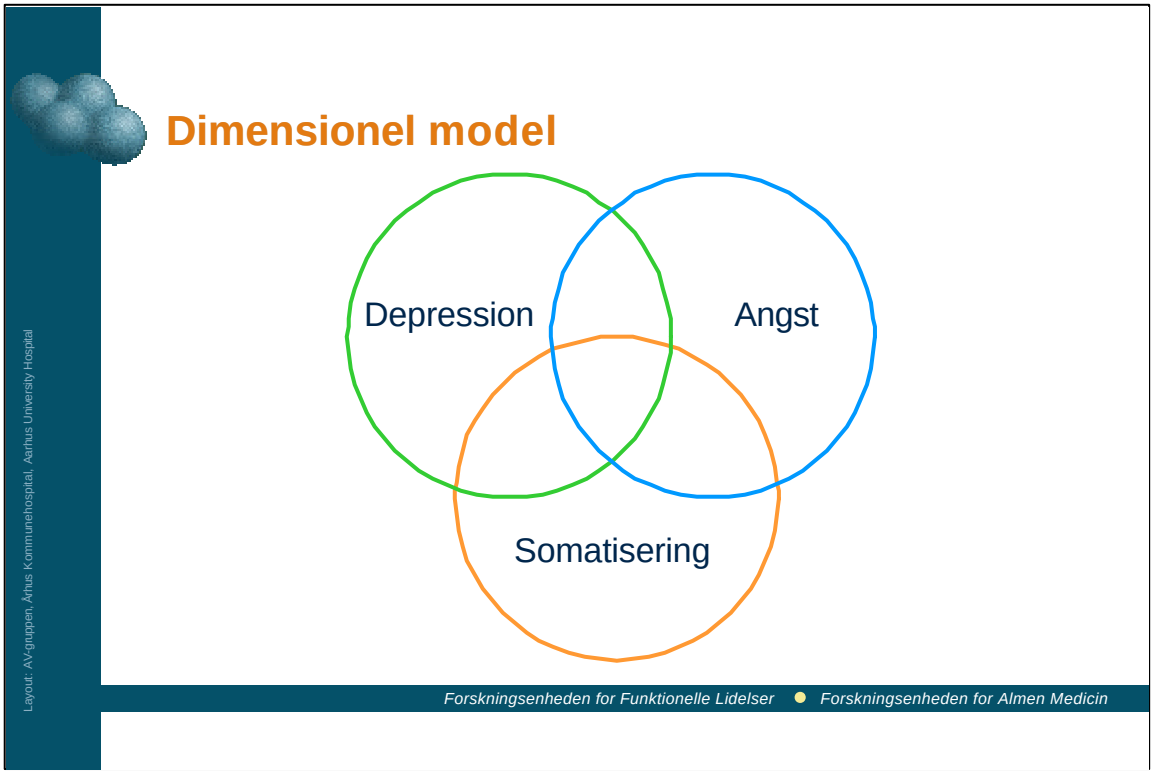
For at bruge en positiv omformulering kan man sige, at patienter er for fintfølende over for kropslige stimuli.

Endvidere er der undersøgelser, der tyder på, at de somatiserende patienter ikke kan filtrere irrelevante stimuli fra.

Vi kender det f.eks. ved La Bell Tap-fænomenet ved parkinsonisme, hvor patienterne bliver ved med at blinke, hvorimod normale holder op efter et øjeblik (patienter med somatiserende lidelser har ikke La Bell Tap).

Endelig har PET-scanninger vist nogle karakteristiske mønstre ved somatiserende tilstande.

Der findes også andre teorier omkring det biologiske substrat for somatisering.



Slutteligt har jeg taget denne illustration med for at illustrere det store overlap, der er mellem depression, angst og somatisering.

En måde, som man kan forstå somatisering på, er, at menneskeheden har 3 almindelige måder at reagere på belastninger og stress på.

Det er angst, nedtrykthed og fysiske symptomer.

Hvorvidt vi reagerer med det ene eller der andet, kan være afhængig af vores biologiske udrustning eller måske indlærte mønstre igennem opvæksten.

Det ses, at det således ikke giver mening at tale om, at den ene dækker over den anden, eller at det ene reaktionsmønster er mere modent end det anden.

Dette betyder selvfølgelig også, at alle de uspecifikke traumaer, der kan medføre depression og angst også kan ligge bag en somatiserende tilstand.

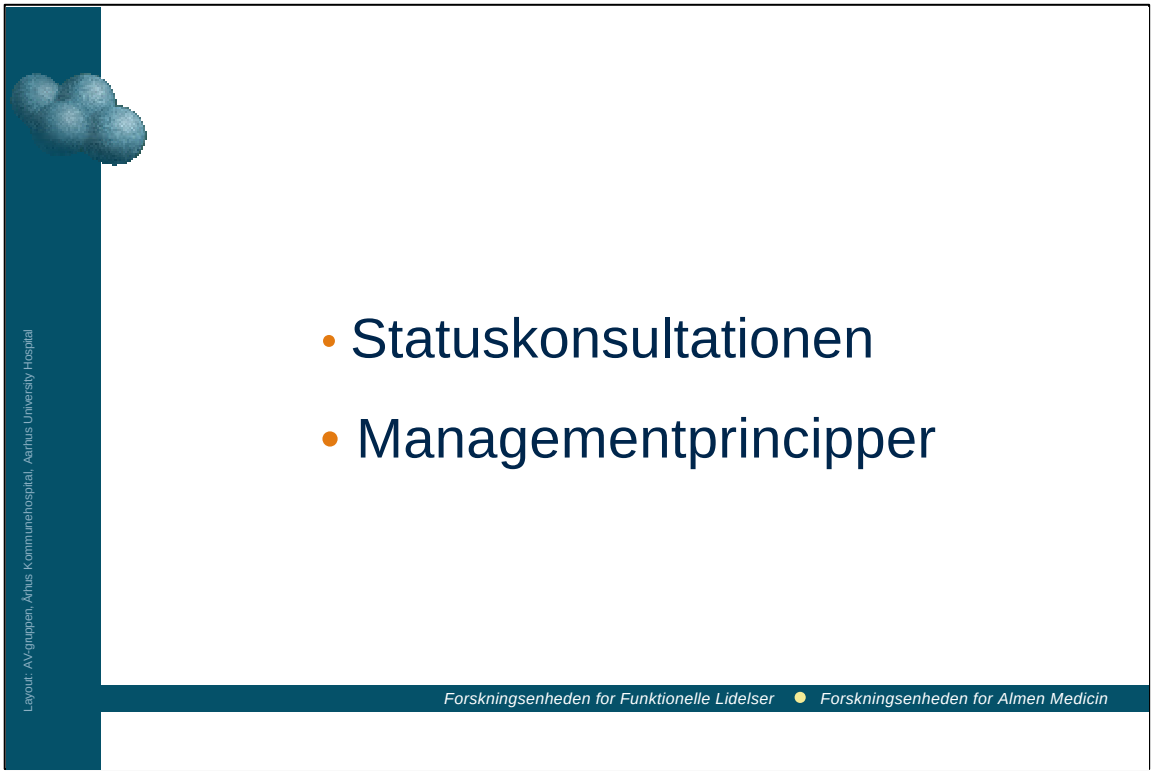
Den eneste mere specifikke faktor for somatisering ud over arv og indlæring synes at være seksuelt misbrug.

Nogle spørgsmål?

Øvelse 7 - 8

Management af kronisk somatiserende patienter

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital



En måde at håndtere dette på er at arrangere en statuskonsultation.

Statuskonsultationen kan planlægges fra det øjeblik, man ser fru Hansen i venteværelset og mærker fornemmelsen i maven.

Fortæl pt., at hun jo er kommet ofte og har haft mange klager, og du ikke rigtig synes, at du har kunnet hjælpe hende tilstrækkeligt.

Du vil derfor foreslå, at I aftaler en ny tid, hvor I har lidt bedre tid til at gennemgå hendes sygehistorie, så at sige se på den med nye briller.

Du vil prøve at se journalen igennem til da.

Efter at vi har gennemgået statuskonsultation, vil jeg gennemgå nogle generelle managementprincipper, som er gode at følge, dels for at patienten kan få det bedre, og dels for at man selv kan slappe bedre af, når man er sammen med patienten, og ikke hele tiden føler, at man ikke rigtig har styr på situationen.

Før statuskonsultationen

- Afsæt fornøden tid til gennemgang af patientens sag.
- Gennemgå patientens anamnese v. hj.a. journal og epikriser.
- Opsummer symptombilleder i hovedgrupper.
- Opsummer udredninger og behandlinger i hovedgrupper, herunder positive og negative fund.
- Se efter mønstre i sygdomsgrad over tid.
- Se efter tegn på psykisk lidelse.

Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser ● Forskningsenheden for Almen Medicin

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Selv om det kan virke uoverskuelig og kræver en overvindelse, kan det i højeste grad betale sig at afsætte den fornødne tid til at gennemgå patientens journal og sygehistorie på forhånd.

Vi er klar over, at det er vanskeligt i praksis, men det lønner sig i den anden ende. LÆS SLIDE

Resumeet skal være kort højst 1-2 A4 side.

Det er vigtigt at nedfælde BÅDE negative og positive fund, så historien kan fremstilles neutralt.

I vil ved en sådan gennemgang få et helt andet overblik over sygehistorien og derfor føle jer meget mere sikre sammen med patienten.

I kan senere også hurtigt finde tilbage til relevante oplysninger - når nu fru Hansen atter tror, at hun har nyresten.

Under statuskonsultationen

- Fortæl om årsagen til statuskonsultationen.
- Gennemgå journalen, opsummer hidtidige forløb.
- Uddyb patientens forventninger til behandlersystemet.
- Traditionel medicinsk behandling kommer til kort.
- Tilbyde i fællesskab at finde en ny måde at håndtere…
- Anvend generelle samtaleteknikker og håndgreb for subakutte og kronisk somatiserende patienter.

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser ● Forskningsenheden for Almen Medicin

1. Forklar patienten årsagen til statuskonsultationen, f.eks. at pt. har været igennem mange undersøgelser og behandlinger, uden det rigtigt har hjulpet, og patienten kommer tit og er meget plaget og ser ud til at have det dårligt.

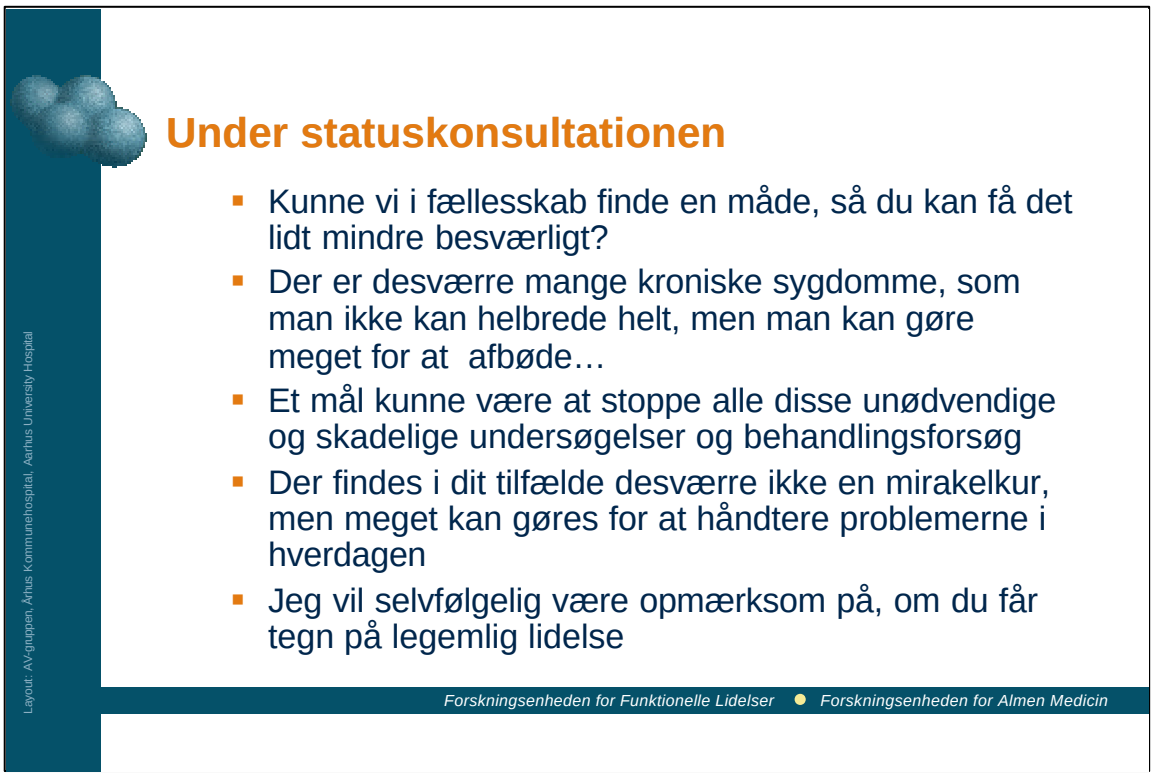
2. Når I gennemgår journalen, så opregn BÅDE positive og negative fund. Patienten skal kunne opfatte konsultationen som uhildet og grundig.

3. Uddyb patientens forventninger til behandling og udredninger.

4. Forklar, at du ikke rigtigt føler, at du er kommet igennem med traditionel medicinsk behandling, og at I derfor vil prøve at se på det med nye øjne, idet det er utilfredsstillende med alle de undersøgelser og behandlingsforsøg, der ikke har hjulpet.

6. Tilbyd herefter patienten, at I i fællesskab forsøger, om I kan finde en anden måde at tackle problemet på. (”At vende et nyt blad”, ”Starte på en frisk”).

7. Anvend de tidligere indlærte håndgreb og samtaleteknikker.



Man kan anvende formuleringer som LÆS SLIDE

Bemærkning nr. 3, med at vi skal stoppe disse unødvendige undersøgelser, er vovelig, hvis patienten mener, at det er det eneste, der skal til. Det er i alle tilfælde en udfordring for ens fingerspidsfornemmelse og diplomatiske evner.

Management af kronisk somatisering

Somatisk	➢ Fokuserede undersøgelser ➢ Sanér medicin, undgå p.n.
Psykologisk	➢ Stil diagnosen og anerkend symptomerne ➢ Vær direkte og ærlig, men respekter patienten ➢ Vær stoisk, forvent ingen hurtige ændringer eller helbredelse ➢ Accepter patienten som kronisk syg… ➢ Forstå nye fysiske symptomer som emotionel kommunikation i stedet for tegn på ny sygdom
Psykofarmakologisk	➢ Psykoaktiv medicin: Start forsigtigt, øg langsomt, vær stoisk overfor bivirkninger og effekt
Administrativt	➢ Vær proaktiv - aftal faste tider og tidsrum ➢ Undlad sygemeldinger, hvis muligt ➢ Undgå for mange kokke om maden ➢ Informér kolleger ➢ Skab en alliance med pårørende

Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser • Forskningsenheden for Almen Medicin

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital

I tabel 13 side 49 er angivet en lang række generelle råd, som har vist sig effektive i behandlingen af kronisk somatiserende patienter.

På denne dias har jeg kun taget nogle af punkterne med, og det måske vigtigste er ikke nævnt nemlig at acceptere, at patienten er kronisk syg, og helbredelse ikke er et realistisk mål.

Der foretages fokuserede undersøgelser, i hvert tilfælde hver gang patienten kommer med nye klager eller forværringer af de kendte.

Som tidligere nævnt er dette med til at patienten føler sig tryg og taget alvorlig.

Der findes ikke nogle sikre undersøgelser af effekten af behandling med diverse Psykofarmaka, men mange mener, at der er god effekt af antidepressiva og måske også andre præparater som fx. Buspar.

Vi ved, at såfremt patienten også har en depression, kan den behandles lige så effektiv som hos patienter uden somatiserende lidelser.

Idet de somatiserende patienter er meget følsomme over for kropslige sensationer, har de også en lav tolerancetærskel over for bivirkninger, som nogle gange kommer i homøpatiske medicindosier.

Så start low, go slow og vær stoisk over for bivirkningerne (forklar stoisk)

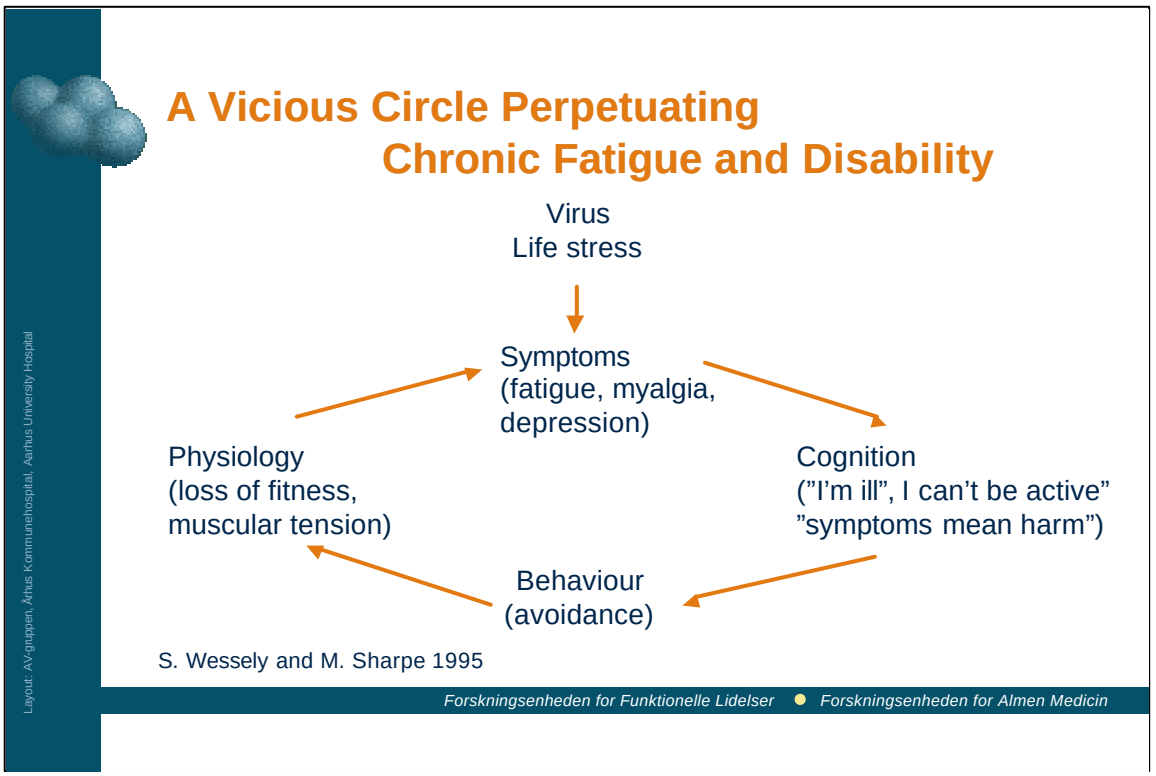
Vælg endvidere præparater, der kan serummonitoreres, idet patienterne ofte er meget ustabile i deres med indtag.

Psykologisk er det vigtigt (LÆS SLIDE)

Fortsæt med at læse administrative råd.

Nogle af punkterne i tabel 13 har I allerede arbejdet med i øvelse 4.

Det er fokuserede undersøgelser, at være stoisk, at være ærlig og at forstå symptomforværring om udtryk for emotionel kommunikation.



Som illustration af hvordan man undgår hele tiden at komme ind på diskussionen om årsagen, synes jeg, denne figur af Simon Wessely er meget illustrativ.

Han arbejder med kronisk træthedssyndrom.

Vi kender i bund og grund ikke årsagen hertil, men mange patienter tror, at det er en virus.

Man kan fortælle patienten, at vi ikke kender årsagen til kronisk træthedssyndrom, men at der ikke findes nogen medicinsk behandling.

Derimod er der andre måder til at få det bedre på, uanset hvad så årsagen er.

Mange vil hvile sig, når de er trætte, idet det er bange for at få det værre hvis de er aktive.

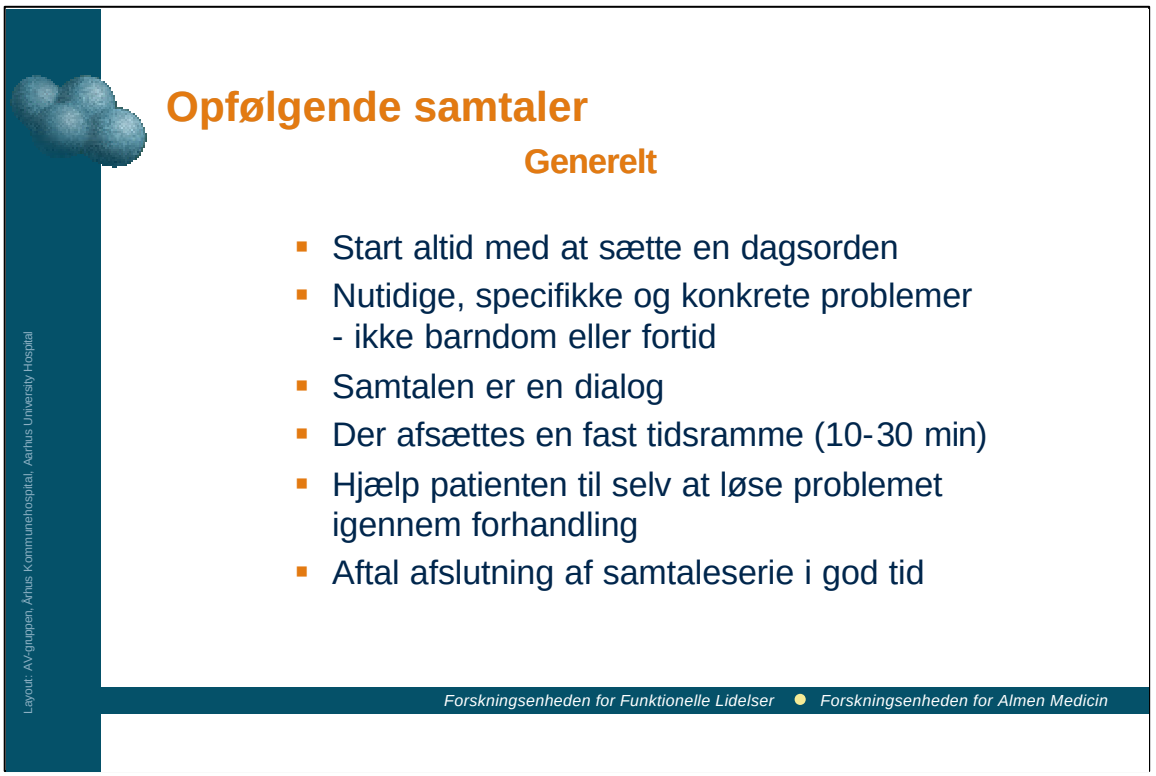
På grund af den manglende aktivitet bliver musklerne svagere, og det kan patienten tolke som om, at han eller hun nok er blevet endnu mere syg, hvorfor de må hvile sig endnu mere.

Den onde cirkel kan herefter køre videre.

Forklar patienten, at uanset hvad årsagen er til deres træthed, ved vi, at det er vigtigt, at de er aktive, ellers vil de få det endnu værre.

Bemærk, at dette er en god illustration af den såkaldte enten- eller tænkning, kommet til kort.

Årsagen er ligegyldig, for vi har ikke nogen kausal behandling, men vi kan gøre andre ting for, at patienten får det bedre.



Vi beskæftiger os på dette kursus ikke med de opfølgende samtaler pgr. af tidsproblemer.

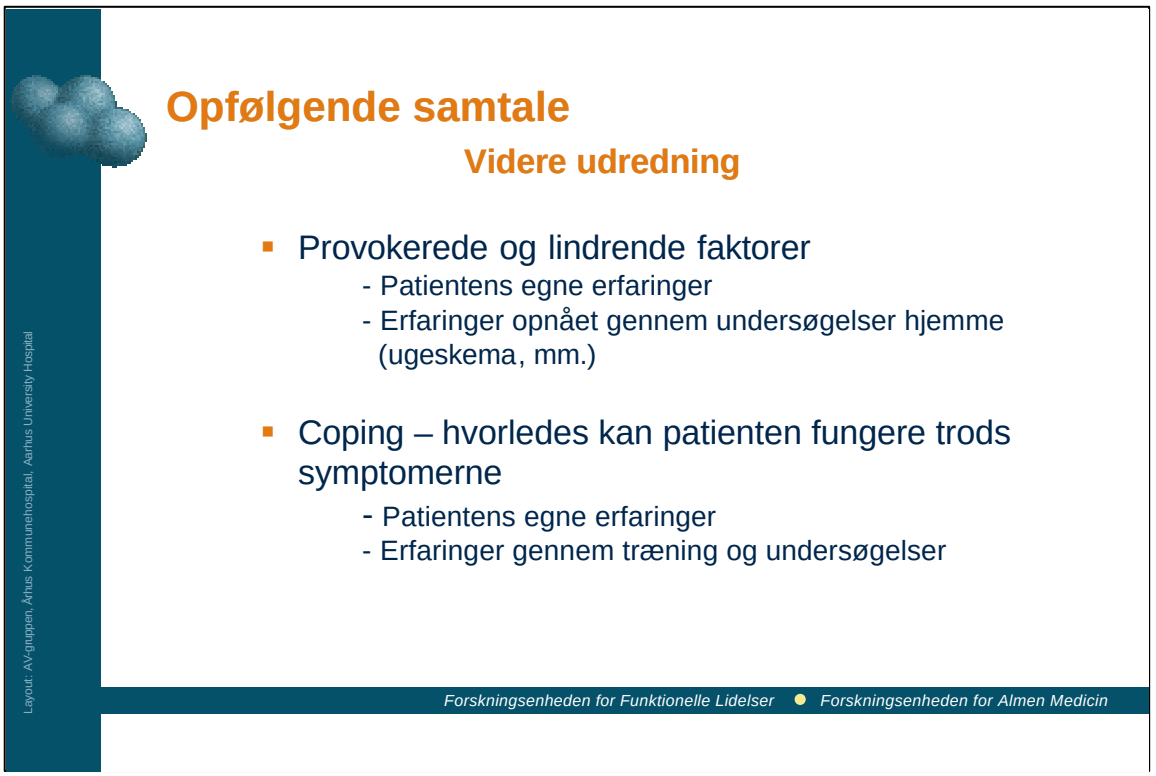
Nogle af jer har gået på andre kurser og kan benytte disse teknikker, eller I har måske fået blod på tanden og kan finde andre kurser, der dækker dette.

I manualen er vi dog kommet med et bud på, hvordan det kan angribes, og vi vil anbefale, at I læser det i kapitel 6.

Endvidere skal I selvfølgelig benytte de samtaleteknikker, som vi gennemgår på dette kursus.

Det er sjældent, man kan nå det hele igennem på den første samtale.

Generelt kan man sige om de opfølgende samtaler, at man bør fokusere på nutidige, specifikke og konkrete problemer og ikke barndom eller fortid og LÆS SLIDE



Specielt ved de mere kroniske tilfælde kan man sammen med patienten undersøge provokerende og lindrende faktorer ud fra patientens egne erfaringer.

Man kan også skaffe sig et overblik og et behandlingsgrundlag ved hjælp af et ugeskema og skema, som patienten udfylder derhjemme.

Der er vedlagt sådanne i manualen og i jeres mappe. De er næsten selvinstruerende for patienten.

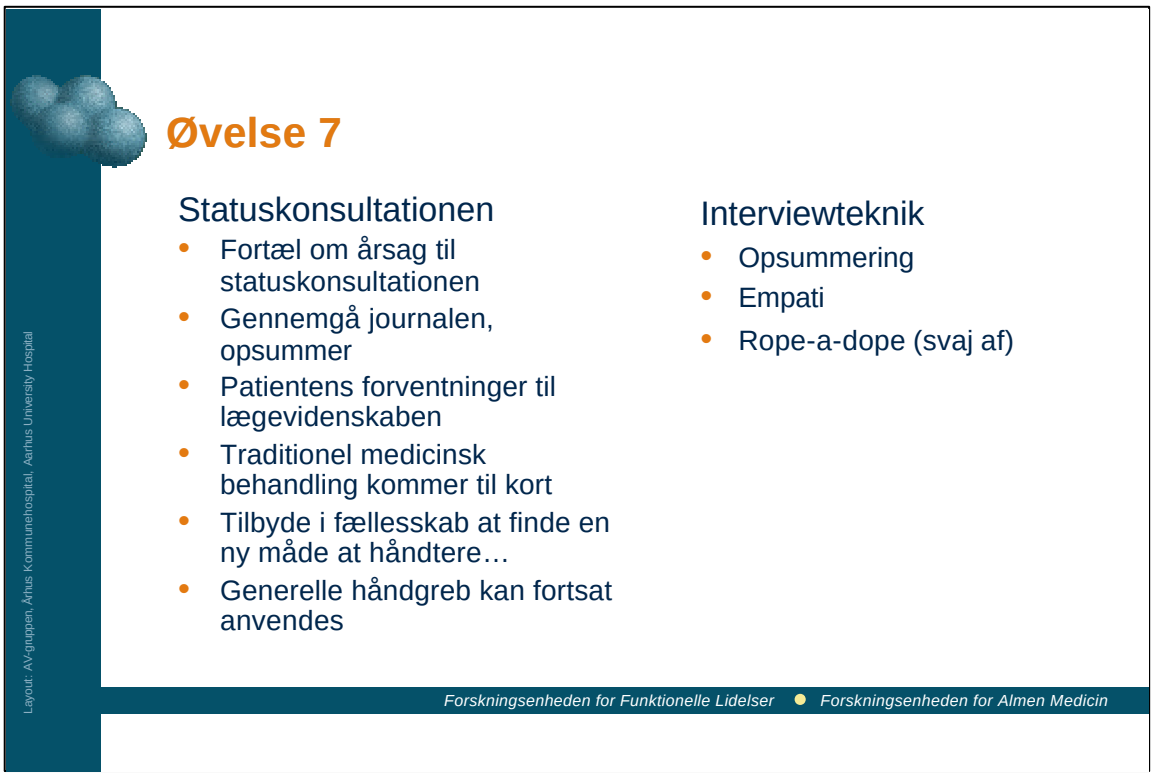
På samme måde kan man styrke patienten i at fungere trods symptomerne, dels ved at opmuntre patienten til at bruge de mest hensigtsmæssige teknikker, som patienten allerede anvender og dels prøve at skabe nogle nye ved hjælp af udforskning.

Patienten vil kunne komme væk fra en ren negativ tankegang, hvor de kun fokuserer på de ting, de ikke kan.

Problemløsende teknik

- Dagsorden
- Identifikation af et enkelt aktuelt problem
- Klarlægning af realistisk mål
- Nedbryd mål til delmål, der hver især kan håndteres
- Formuler forskellige løsningsmuligheder for hvert delmål
- Overvej pro et contra for hver løsningsmulighed
- Enes om foretrukne løsningsmodel (rækkefølge, tid)
- Overvej mulige hindringer, find udveje
- Opsummer programmet for problemløsning

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital



For at summere op :

I øvelse 7 arbejder I med statuskonsultationen og prøver at gennemløbe nogle af disse punkter.

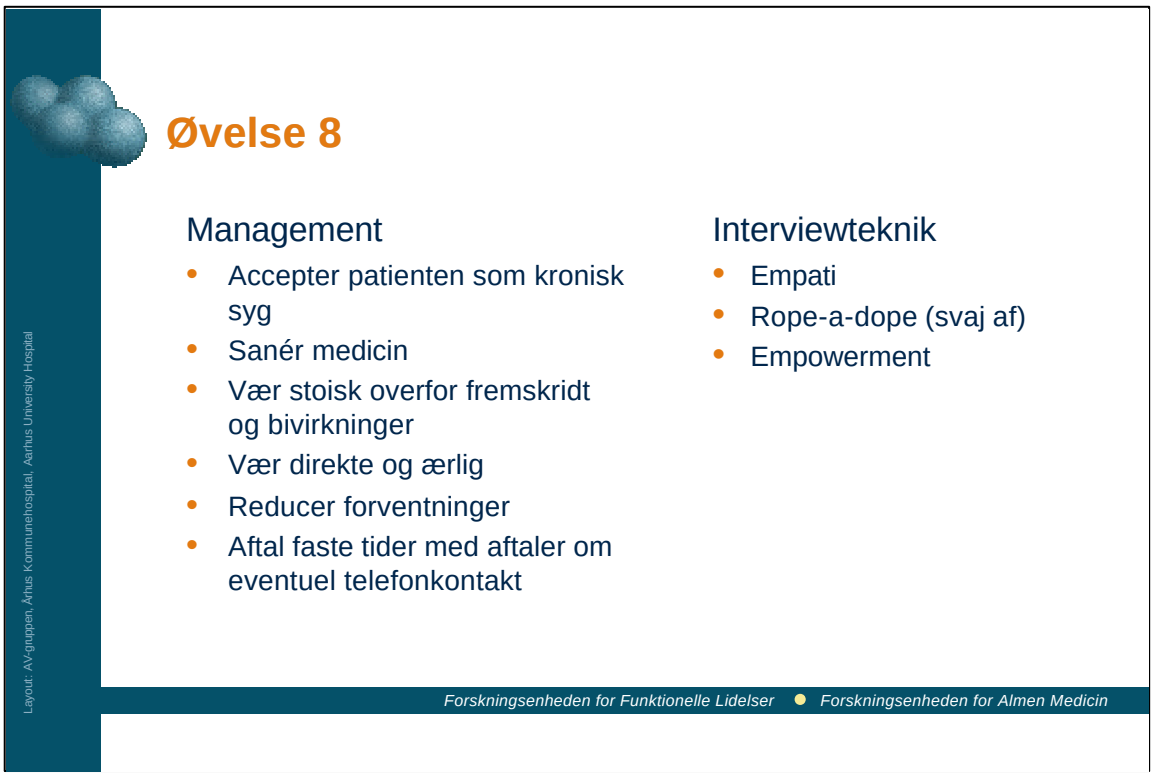
I må også gerne anvende nogle af de generelle interviewteknikker.

Forestil jer i øvelsen, at I starter helt forfra med en statuskonsultation.

Patienten og du vil sammen som det første resumere sygehistorien.

Improviser for resten

Før det andet aftensmøde vil jeg foreslå, at vi alle sammen prøver at lave en statuskonsultation. Var det en idé ?

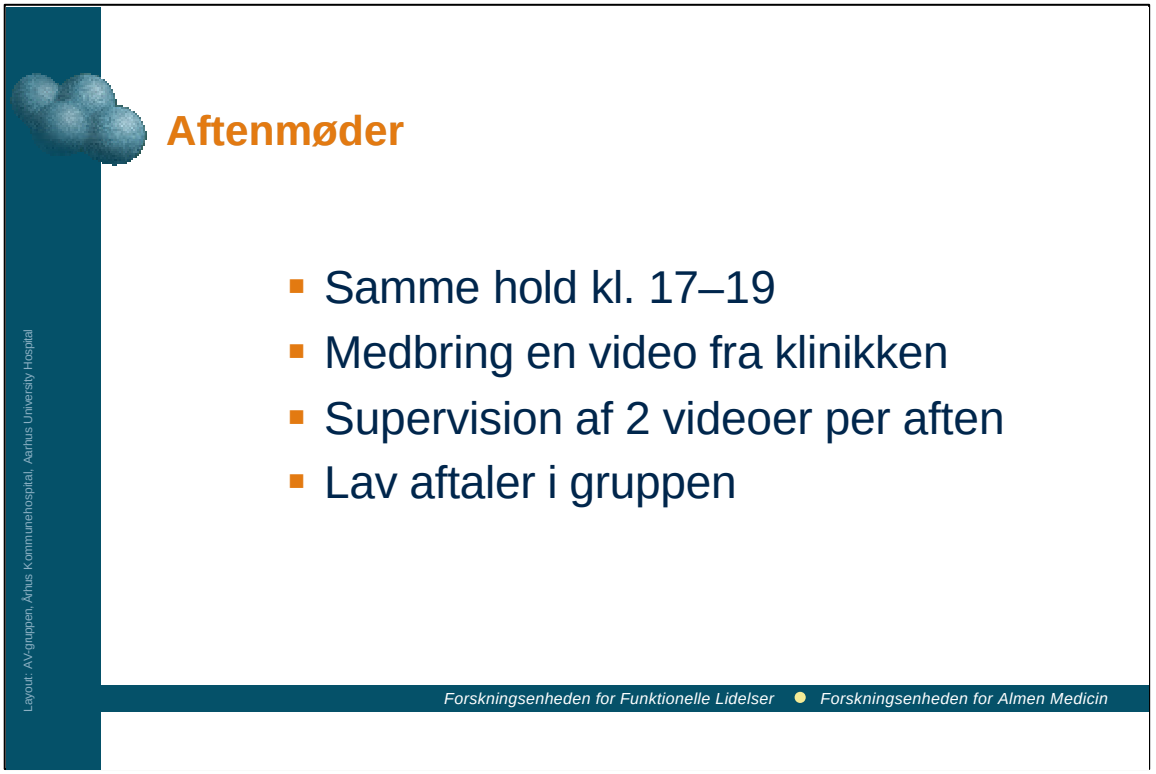


I øvelse 8 starter vi midt i samtalen.

Vælger at fokusere på nogle af de 21 punkter i management-rådene (Poster 2).
Vi foreslår ovenstående, men det er op til lægen.

Spørgsmål?

Inden vi går i gang med øvelserne vil jeg gerne lige kort gennemgå, hvordan aftenmøderne vil forløbe.



De samme hold fortsætter med de samme undervisere / supervisorer.

I løbet af aftenmøderne medbringer alle en video med optagelse af en konsultation med en somatiserende eller besværlig patient. Aftal i hver af grupperne, hvem der tager video med til hvilke møder. Vi regner med at bruge godt ½ timer på en video til aftenmødet, så vi kan nå 2 videoer per aften.

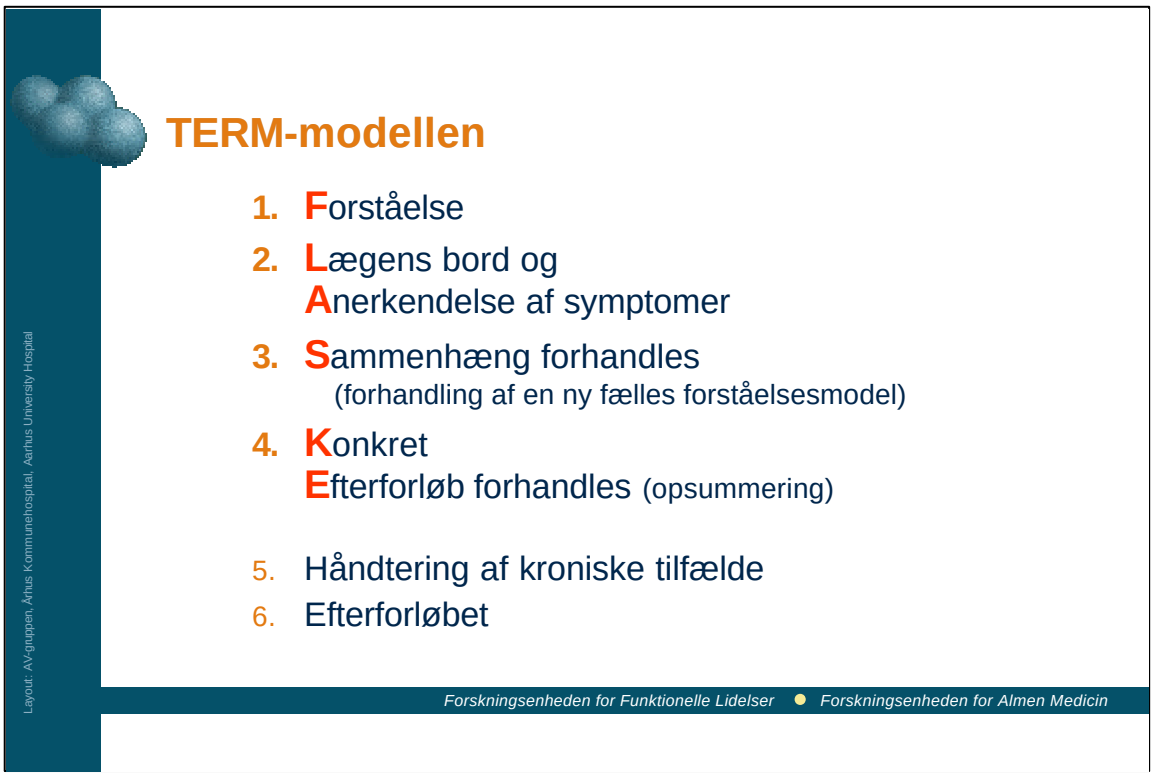
I må gerne bruge eget udstyr. Hvis I ikke har noget kamera, kan I låne et af os - og vi skal nok instruere jer i brugen af det. Det er faktisk ret simpelt.

Vi uddeler her en kort en kort information om, hvad man skal tænke på, når man optager videoen. Der er også en information man evt. kan bruge til sine patienter - men det er ikke en man skal bruge. Det er nok at informere mundtligt.

Spørgsmål vedr. aftenmøderne?

Så vil jeg bede jer gå i gang med øvelserne i grupperne - rigtig god fornøjelse!

SIDSTE SLIDE



I har nu øvet alle brudstykkerne i modellen. Både fra den blå og fra den grønne planche/plakat. Vi håber, at I har lært nogle gode og brugbare ting undervejs – og det har været dejligt, at der også har været plads til at vi har kunnet more os sammen de to dage her.

Nu bliver jeres opgave så at forsøge at arbejde med hele modellen hjemme i klinikken. Det er ikke helt let at ændre på de gamle vaner man har, men prøv at give det en chance og forsøg jer med nogle af de ting I har fundet gode her på kurset. På aftenmøderne vil vi så fortsætte vores fælles anstrengelser med at blive bedre til at behandle eller håndtere somatiserende patienter i det virkelige liv.

Hjemme i klinikken har I måske også flere andre modeller, som I forsøger at arbejde efter.

TERM-modellen ligner på mange punkter flere modeller for konsultationsproces og kommunikationstræning. I skal selvfølgelig holde fast i alle de gode ting I allerede kan og så forsøge at integrere de nye ting heri. Det behøver ikke være et enten eller. Og som I måske har opdaget kan mange af de ting I har lært her på kurset anvendes helt generelt i det daglige kliniske arbejde – og det skal I selvfølgelig endelig gøre.

Vi vil nu slutte af med det sidste af Svend og Jettes konsultation som det så ud, før de tog på kursus.

Evaluering

- Mundtlig evaluering
- Skriftlig evaluering efter aftenmøderne

Layout: AV-gruppen, Århus Kommunehospital, Aarhus University Hospital