

**Takketale ved modtagelsen af den Nordisk pris fra  
Magda og Svend Aage Friedrichs mindelegat  
Fredag den 10. juni 2005.**



**Hanne Hollnagel**

**Magda og Svend Aage  
Friederichs Mindelegat**

**den 10. juni 2005**

**Er der en rask tilstede?**

Jeg vil starte med at sige tak for Friedrichs mindelegat - for den nordiske pris – og tak for de mange smukke ord – jeg er meget glad og rørt for anerkendelsen.

Jeg er blevet bedt om at holde en mini-forelæsning på 15 min. og da det er en nordisk forskerpris, har jeg valgt at fortælle om nogen af de ting der har optaget mig og stadig optager mig i mit nordiske forskningssamarbejde.

Jeg vil starte med at stille jer et spørgsmål:

Er der en rask tilstede?

Det er den overordnede titel på mit indlæg.

Da det er en festlig lejlighed, har jeg valgt at illustrere med fotos og figurer, uden tal. I skal læne jer tilbage, slappe af og lytte.

Men først mine budskaber:

### Budskaber



- Patientens viden om sit generelle helbred og sine stærke sider skal inddrages i konsultationen.

- Det kan gøres ved hjælp af nøglespørgsmål, som åbner for en dialog.

- Patienter kan godt sproget, lægerne skal blive bedre til at anvende det.

- Om forskningen:  
De praktiserende læger er vant til at inddrage det humanistiske perspektiv i konsultationen – og vi har derfor i særlig grad forpligtelse til at forske i det.

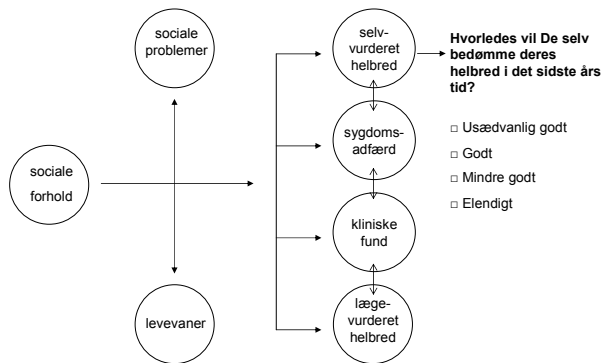
- Patientens viden om sit generelle helbred og sine stærke sider skal inddrages i konsultationen.
- Det kan gøres ved hjælp af nøglespørgsmål som åbner for en dialog.
- Patienterne kan godt sproget om helbredsressourcer, lægerne skal blive bedre til at anvende det.
- Også noget om forskningen  
De praktiserende læger er vant til at inddrage det humanistiske perspektiv i konsultationen – og almen medicin har derfor i særlig grad forpligtelse til at forske i det.

**Min forskning er dels befolkningsundersøgelser, dels konsultationsforskning.**



**Befolkningsundersøgelsen af 1936 populationen i Glostrup.**

For 30 år siden helbredsundersøgte alle 40-årige i fire kommuner omkring Glostrup, hver 40-årig var hos os i 6 timer.



Jeg spurgte de 40-årige om sociale forhold, levevaner og sociale problemer, og helbredet målte jeg ud fra 4 dimensioner:

- det selvvaluerede helbred (symptomer og det generelle helbred)
- sygdomsadfærd,
- kliniske tests (blodprøver, ek) og
- en samlet lægevurdering af helbredet som jeg selv udførte.

Min disputats handlede om disse sammenhænge hos de 40-årige.

Gruppen følges stadig - og i dag vil jeg fremhæve et enkelt resultat som har betydning for almen praksis og mit nordiske forskningssamarbejde. Det vedrører patientens egen vurdering af sit generelle helbred.

### Hvordan vurderer du selv dit helbred alt i alt?

Inden helbredsundersøgelsen i 1976, udfyldte de 40-årige et spørgeskema, med blandt andet følgende spørgsmål om selvvalueret generelt helbred:

Hvorledes vil De selv bedømme deres helbred i det sidste års tid?

Svar: usædvanlig godt, godt, mindre godt, elendig.

Vi ser så på hvordan det går de fire grupper fremover - og finder at i gruppen som svarer elendig, er der flere der dør og får iskæmisk hjertesygdom de næste 20 år, end i gruppen som svarer mindre godt – og bedst går det grupperne godt og usædvanligt godt.

Dvs. at selvvalueret helbred er en prædiktor af død og iskæmisk hjertesygdom. Det spændende er at det er uafhængig prædiktor dvs. at det gælder hvad enten der er høje eller lave værdier af kolesterol, blodtryk, livsstil og andre traditionelle risikofaktorer.

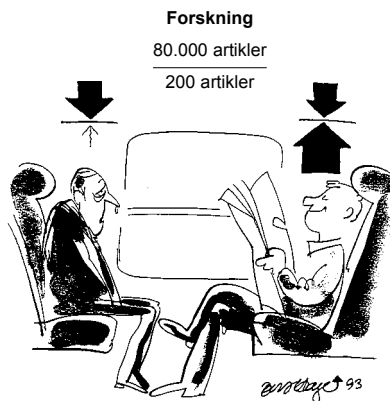
International forskning finder at det samme gælder fra alderen 25 år og op, og også som prædiktor af diabetes og nedsat funktionsevne.

Derfor konkluderer forskerne, at folk har en viden om deres helbred, som lægerne ikke kan få fra andre kilder end ved at spørge folk, lige meget hvor teknologisk sofistikeret lægernes undersøgelser bliver.

Derfor skal patienterne spørges om det i konsultationen og den viden inddrages i vores daglige kliniske arbejde og i vores forskning.

### Konsultationsforskning

Den anden del af min forskning er konsultationsforskning – som er et dansk-norsk samarbejde – nemlig med praktiserende læge professor Kirsti Malterud fra Bergen



Min almenmedicinske sygdomsmodel tilbage fra lærebøgerne i 1977, ser på balancen mellem patientens belastninger og helbredsressourcer, det vi kalder sundhedsbrøken, og af Berlingske Tidendes tegner Jens Hagen fremstillet således:

Til venstre har I personen med belastninger og få ressourcer, han ser syg ud.  
Til højre ham med overskud af ressourcer – han stråler af sundhed

En person kan blive syg, hvis belastningerne er større end ressourcerne, og hvis personen ikke er i stand til at genskabe balancen ved at reducere belastningerne og øge ressourcerne.

Den praktiserende læges arbejde består derfor i at hjælpe patienterne til at genskabe denne balance, ikke kun ved at mindske det negative, men også ved at styrke det positive.

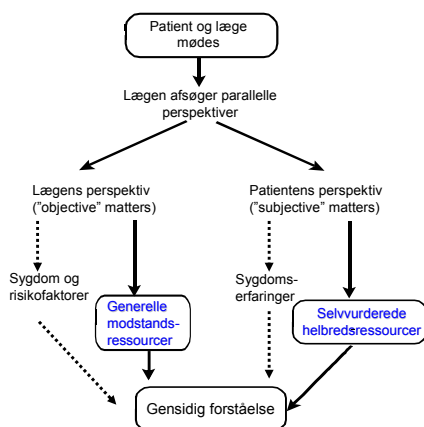
Imidlertid anvender vi i vores almenmedicinske konsultationer det meste af tiden med at fokusere på belastninger og risikofaktorer. I forskningen medtages der sjældent oplysninger om personernes helbredsressourcer

Risikoforskningen publicerer 80.000 artikler på 5 år, mens vi i samme periode kunne finde 200 artikler om ressourcer.

Det var denne voldsomme diskrepans, som gjorde at vi startede et forskningsprojekt med titlen ”Positive sundhedsfaktorer – en bedre balance mellem risikotænkning og ressourcetænkning”.

## Balancemodellen

Det er lykket os at udvikle en model, som kan anvendes i almen praksis og artiklen med modellen er publiceret i Family Medicine (se litteraturlisten).



Modellen ser således ud:

Lægen har en konsultation med patienten.

Lægen forsøger at afsøge 2 perspektiver: patientens perspektiv og lægens perspektiv. Lægens opgave er at sørge for, at begge disse perspektiver bliver kortlagt – hermed inddrages patientens erfaringer om sin sygdom og lægens viden om sygdomme og risikofaktorer – den viden vi har fra vores bøger, vores forskning og fra alle de andre patienter vi har set.

Læge og patient skulle gerne nå frem til en gensidig forståelse og en handlingsplan.

Denne model er McWhinneys model som I alle kender – dog har vi tilføjet risikofaktorer – som jo kun de sidste 15 år er kommet med ind i konsultationerne.

Det har Kirsten Malterud og jeg gjort ud fra at vores forskning er at inkludere ressourcer, og vi kalder den ’balancemodellen’.

I lægens perspektiv i form af generelle modstandsressourcer – som vi skal påpege over for patienten når vi opdager dem, - f.eks. du har jo gode venner - ring til en af dem.

I patientens perspektiv som det vi kalder selvvurderede helbredsressourcer eller patientens stærke sider – og det er her vores forskning har fokus.

Teorier om salutogenese – dvs. om hvordan man holder sig rask og de resultater fra forskning om selvvurderet helbred som jeg netop har omtalt ledte os til den hypotese at mennesker også har kundskab om deres egne helbredsressourcer, faktorer som hjælper enkeltmennesker med at holde sig raske og bekæmpe sygdom.

Nu hopper jeg så fra modellen til konsultationen.

## Jeg må også høre om dine stærke sider



For at finde ud af patientens selvvalgte helbredsressourcer har vi anvendt Kirstis forskningsbaserede metode til udvikling af nøglespørgsmål og spørgsmålet blev:

Vi skal ikke kun snakke om problemer, jeg må også høre om dine stærke sider. De fleste mennesker har jo stærke sider, som plejer at holde dem raske.

Hvilke er dine stærke sider?

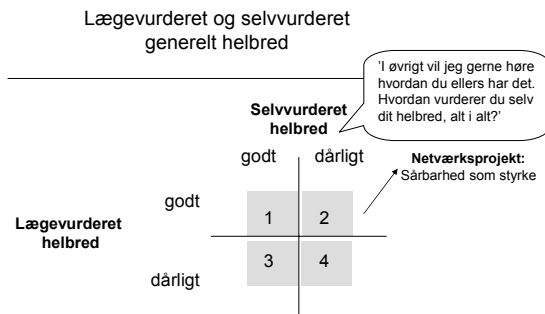
Og patienterne kan svare og vi kan anvende svaret i handlingsplanen og vi har publiceret om det, se litteraturliste.

Vores hovedkonklusion er at de forskningsbaserede nøglespørgsmål er en brugbar metode til at åbne for en dialog angående patientens stærke sider, patienterne kan svare, svaret kan anvendes i handlingsplanen, vi kender nu patienternes resourcesprog, så vi skal bare i gang med at anvende det og det underviser vi i f. eks på Lægedage og Nordisk Kongres i Stockholm i næste uge.

Det var ganske kort om det afsluttede projekt om en bedre balance mellem risikotænkning og ressourcetænkning.

### Lægevurderet og selvvalgt helbred

Kirsti Malterud og jeg fortsætter vores samarbejde om konsultationsforskning – men jeg vil gå over til at tale om de to nordiske forskernetværk jeg indgår i vedr. Lægevurderet og selvvalgt helbred. – Det emne der er den røde tråd i min egen forskning.



Det selvurderede generelle helbred kan vi i konsultationen jo åbne en dialog om v.hj af et nøglespørgsmål som f.eks. er:

I øvrigt vil jeg gerne høre hvordan du ellers har det. Hvordan vurderer du selv dit helbred alt i alt?

Befolkningen kan deles i fire kategorier ved hjælp af de to akser mellem lægevurderet helbred og selvurderet helbred.

I to af kasserne er læge og patient enige, nemlig om at helbredet er godt i kasse 1 og enige om at helbredet er dårligt i kasse 4.

Men i de sidste to kasser er der ikke enighed – og her er det vigtigt at lægen spørger og lytter.

Lad os kigge nærmere på kasse 2 først. Her anfører patienten i konsultationen at han har det skidt, men lægen finder ikke nogle holdepunkter for det – vurderer at patienten er rask

Denne kasse omfatter de patienter som har ubestemte helbredsklager, hvor vi ikke kan finde en diagnose. Det udgør 20 % af vores konsultationer.

Disse patienter er blevet kaldt mange ting gennem tiderne – hypokondri, og somatiserende, og havende funktionelle lidelser.

Og ud fra hvad jeg har sagt tidligere i dag, så er jeg helt uenig i de betegnelser, hvor man ligesom ophæver lægens vurdering til at være den rigtige, til at være guldstandard, men lægen kan vel også tage fejl eller underdiagnosticere.

Omkring dette område indgår jeg i et dansk-norsk netværk, som vi kalder ”Sårbarhed som styrke – hvordan kan afmagtserfaringer blive til helbredsressourcer”. Et tværfagligt forskernetværk ledet af Kirsti Malterud, med midler fra det norske forskningsråd med 17 forskellige projekter.

Vi ønsker at undersøge, hvordan forskellighed, sårbarhed, selvforståelse og muligheder påvirker udvikling og oplevelse af helbred og sygdom, hvordan anerkendelse og mobilisering af patientens stærke sider kan anvendes i medicinsk virksomhed, og hvordan empowerment-strategier kan bidrage til at fremme helbredelse og modvirke afmagt og undertrykkelse.

Nu bevæger jeg mig så fra dansk-norsk samarbejde til Nordisk netværk – NRG – Nordisk risiko-ressource netværks gruppen

Lægevurderet og selvurderet  
generelt helbred

---

		Selvvurderet	
		godt	dårligt
Lægevurderet	godt	1	2
	dårligt	3	4

Næste kasse 3 indeholder de patienter, hvor patienterne selv synes de har det godt men lægerne f.eks. måler at kolesterol er for høj.

Den rummer altså de patienter som har 'stumme' risikofaktorer.

Kasse 3 udvides efterhånden som grænserne for sygdom nedsættes – f.eks. vedr. BT og kolesterol.

Hvis vi følger de internationale retningslinier for forebyggelse af hjerte-karsygdom fra 2003 vedr. BT og kolesterol så vil mange have for høje værdier, nemlig halvdelen af befolkningen over 25 år og 90 % af dem over 50 år. Og alle disse skal have det at vide af os og vi skal hjælpe dem i processen med at ændre livsstil eller give tabletter. Det er norske tal - men svarer sikkert godt til den danske befolkning.

Og herved vokser kasse 3, mens kasse 1 - der hvor læge og patient er enige om at patienten er rask - bliver meget lille - og vel snart forsvinder – Hvis vi ikke er bevidste om disse perspektiver – så er der snart ingen raske tilbage.

### Risikolandskabet

Det er disse to kasser nr. 1+3 som er forskningsfokus for den nordiske ressource-risikogruppe NRG som blev oprettet for 2 år siden af praktiserende læger som er aktive forskere - fra de 5 nordiske lande. – Vi er ca. 4 fra hvert land – i alt 20.

Vi ønsker en almen praksis som er salutogen, styrkende og bæredygtig. Det tror vi, vi kan opnå ved at inddrage de biomedicinske og humanistiske perspektiver i den rette balance - og det vil sige reduktion af den biomedicinske dominans og opprioritering af viden, baseret på humanistisk videnskab.





Diskussion om risiko kan være kontroversiel, og kan give anledning til mange følelsesmæssige konfrontationer, når fortalere for en screening eller forebyggende behandling støder sammen med mennesker, der har en mere kritisk holdning.

Mange af disse diskussioner beror dog ofte på misforståelser, fordi man taler forbi hinanden – der tales om ”æbler og pærer”.

I den nordiske risikogruppe har vi forsøgt at kortlægge ”risikolandskabet” og vi arbejder med tre temaer.

Det første tema i midten af billedet er evidens omkring tal og beregninger - er der en effekt eller ej af en given intervention.

Interventionen kan f. eks være prænatal genetisk screening mhp tidlig diagnose af brystkræft eller en forebyggende medicinsk behandling af risiko – f. eks kolesterolnedsættende tabletter, eller livsstilændringer.

Man regner på hvor stor er effekten på gruppeniveau og vi har Cochrane centrene til at hjælpe os med hvad der er god og dårlig forskning - hvilke resultater kan vi stole på.

Men evidens og talberegninger kan ikke løse de mange dilemmaer risikotænkningen byder på.

Vi er også nødt til at inddrage et andet tema til venstre i figuren - det humanistiske - med specielt etiske, filosofiske og videnskabsteoretiske dimensioner. Dette er vigtigt for at forstå risikopersonen i sin sociale og kulturelle sammenhæng at skabe os en helhedsopfattelse af vore patienters vilkår, og for at forstå hvad det betyder for en person at få at vide at han er i risiko; hvordan påvirker det f.eks. hans selvvalgte helbred.

Herunder hører også begreber som patientautonomi, risikosamfund, medikalisering og sygeliggørelse, og ikke mindst er vi også nødt til at tale om hvad det er vi IKKE taler om, når vi fokuserer i så høj grad på risiko – nemlig som jeg tidligere har nævnt – vi får ikke talt om patientens stærke sider.

Hvis vi - efter at have gennemtænkt både empirien med tallene og den humanistiske dimension - stadig mener, at vi bør handle ude i vores konsultationer – når vi sidder med den enkelte patient –

så springer det tredje tema i øjnene – nemlig:

Hvordan informerer vi så om risiko til den enkelte patient i konsultationen, - til højre i billedet.

Vi tager springet fra gruppebaseret viden til den enkelte patient - og vi ved ikke om han er én af dem der vil udvikle sygdommen eller ej – det handlede min takketale om da jeg modtog den danske pris i 1996.

Kan vi i det hele taget benytte tal og %? Forskningen viser at patienterne misforstår det. Hvordan skal vi så oplyse patienterne – så de forstår det og kan foretage et informeret valg?

Når vi mødes i NRG anvender vi ”risikolandskabet” til at markere hvad det er vi snakker om. Vi har forskningsprojekter inden for de tre områder – og mener at medicinen som sådan baseres på både humanistisk og biomedicinsk videnskab - men der er ubalance, det humanistiske vægter for lidt ift det biomedicinske og når der tages beslutninger – er der tendens til at gå direkte fra den talmæssige dokumentation i midten af billedet til anbefalingen om indførslen til højre i billedet – og fuldstændigt glemme venstre side af billedet - den humanistiske – især etiske dimension.

## Konklusion

Jeg vil gentage budskaberne – håber jeg har fået underbygget dem:

### Budskaber



- Patientens viden om sit generelle helbred og sine stærke sider skal inddrages i konsultationen.
- Det kan gøres ved hjælp af nøglespørgsmål, som åbner for en dialog.
- Patienter kan godt resourcesproget, lægerne skal blive bedre til at anvende det.
- Om forskningen:  
De praktiserende læger er vant til at inddrage det humanistiske perspektiv i konsultationen – og vi har derfor i særlig grad forpligtelse til at forske i det.

- Patientens viden om sit generelle helbred og sine stærke sider skal inddrages i konsultationen.
- Det kan gøres ved hjælp af nøglespørgsmål som åbner for en dialog.
- Patienterne kan godt resourcesproget, lægerne kan blive bedre til at anvende det.
- Også noget om forskningen:  
De praktiserende læger er vant til at inddrage det humanistiske perspektiv i konsultationen – derfor har almen medicin i særlig grad forpligtelse til at forske i det.

Og for resten:

Er der en rask tilbage?



Er der stadig en rask tilstede? - om 5 år vil der sikkert ikke være én – og slet ikke en rask læge.

### **Afslutning**

Jeg har forsøgt at give en hurtig gennemgang af forskningsindholdet i mit tidligere, nuværende og fremtidige nordiske forskningssamarbejde,

Og jeg vil slutte af med at sige, at det er en stor glæde for mig at blive hædret på denne måde, det giver mig energi og styrke.

TAK til Friedrichs Mindelegat – tak til Mogens Popp-Madsen og legatbestyrelsen. TAK for opmærksomheden fra tilhørerne, og ikke mindst tak til alle medarbejderne i det almen medicinske forskningsmiljø- I gør min dagligdag spændende og inspirerende.

### **Udvalgte publikationer fra Hanne Hollnagel og Kirsti Malterud vedr. selv vurderet helbred og helbredsressourcer**

#### ***Originale videnskabelige publikationer***

Hollnagel H, Malterud K. Shifting attention from objective risk factors to patient's self-assessed health resources: A clinical model for general practice. *Family Practice* 1995; 12: 423-29.

Møller LF, Kristensen TS, Hollnagel H. Self-rated health as a predictor of coronary heart disease. 15 years follow-up of 40-year-old Danish men and women. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 423-28.

Malterud K, Hollnagel H. Women's self-assessed personal health resources. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15: 163-68.

Malterud K, Hollnagel H. Talking with women about personal health resources in general practice. Key questions about salutogenesis. *Scand J Prim Health Care* 1998; 16: 66-71.

Hollnagel H. Explaining risk factors to patients during a general practice consultation. Conveying group-based epidemiological knowledge to individual patients. *Scand J Prim Health Care* 1999; 17: 3-5.

Malterud K, Hollnagel. Encouraging the strengths of woman patients. A case study from general practice on empowering dialogues. *Scand J Public Health* 1999; 27: 254-59.

Hollnagel H, Malterud K. From risk factors to health resources in medical practice. *Med Health Care Philos* 2000; 3: 257-64.

Hollnagel H, Malterud K, Witt K. Men's self-assessed personal health resources: approaching patients' strong points in general practice. *Family Practice* 2000; 17: 529-34.

Malterud K, Hollnagel H, Witt K. Gendered health resources and coping – A study from general practice. *Scand J Public Health* 2001; 29: 183-88.

Hollnagel H, Malterud K. Samtaler om risiko og helbredsressourcer i almen praksis. *Ugeskr.Læger* 2002; 164/45: 5225-29.

Malterud K, Hollnagel H. Positive self-assessed general health in patients with medical problems. A qualitative study from general practice. *Scand. J Prim Health Care* 2004; 22: 11-15.

### ***Populærvitenskabelige publikationer***

Hollnagel H. Konsultation – videnskab. *Månedsskr for Prakt Lægegern* 1992; 259-64.

Hollnagel H, Malterud K. Sundhedsbrøken der blev væk. *Månedsskr for Prakt Lægegern* 1995;73:693-701.

Hollnagel H. Om risikosproget i den almenmedicinske konsultation - fra gruppebaseret epidemiologisk viden til almen praksis. *Practicus* 1996;106:237-39.

Malterud K, Hollnagel H. Fra risikojagt til ressourcemobilisering – fra teori til allmenpraksis. *Nordisk Medicin* 1997;112:288-91.

Hollnagel H, Malterud K. Patientens egen vurdering af sit generelle helbred og sine stærke sider. *Månedsskr for Prakt Lægegern* 2001; 79: 985-92.

Malterud K, Hollnagel H. Nøglespørgsmål i konsultationen – en klinisk kommunikativ metode. *Ugeskrift for Læger* 2004; 166(21): 2034-2035.

### ***Bogkapitler***

Malterud K: Ressurser versus risiko. I: Hunskår S, red. *Allmenmedisin. Klinisk arbejde*. Oslo 1997:685-86

Hollnagel H, Malterud K. Patientens stærke sider. I: Kjær A, Berendth E, red. *Kvindelige læger ser på helbred*. København: Dansk kvindelige Lægers Forening, 2000;137-47.

Malterud K, Hollnagel H. Snakk om ressurser – noe annet enn risiko! I: Swensen E, red. *Diagnose Risiko – ikke syk, ikke frisk*. Oslo 2000:137-47.

Hollnagel H, Malterud K. Pasientens sterke sider. I: Malterud K red. *Kvinnens "ubestemte" helseplager*. Oslo: Pax, 2001.