

Eksamen i psykologi og adfærdsfag - SODK19012E



10

13 januar 2022

Planlagt: 15:00 - 18:00

Eksamensnr: 10

Plads: ITXM-128

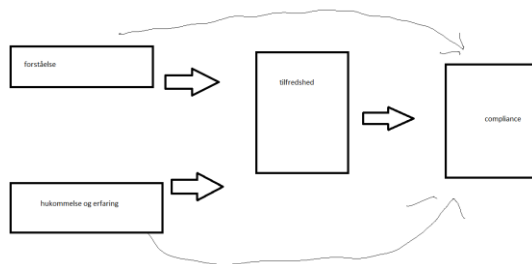
Side 1 af 6

**1. Redegør for og diskuter socialpsykologiske forhold og kommunikationsfaktorer, der kan have betydning for compliance og patient-behandler forholdet.**

Compliance er beskrevet af *Haynes et al., 1979* og er givet ved sammenfald mellem den medicinske eksperts anbefalede behandling, om end det er medicin, råd eller lignende, og patientens adfærd.

Compliance er påvirket af utallige faktorer og det vides at op mod halvdelen i virkeligheden ikke compliance med det anbefalede (Øverup, C. *Patient-behandler interaktionens socialpsykologi*, powerpoint). Desuden kunne der argumenteres, at begrebet er "forældet" og stammer fra en tid med en paternalistisk tilgang til patient-behandler-forholdet, hvorfor man i dag oftere vil tilstræbe at opnå adherence på baggrund af et mere patient-centreret forhold. Dog må det siges at adherence formentligt mere skal betragtes som en udvikling i begrebet end et decideret nyt begreb, hvorfor en stor del af faktorer der påvirker compliance selvfølgelig også påvirker adherence.

En måde at beskrive compliance, og dermed også socialpsykologisk forhold er Leys model for compliance, simpelt illustreret nedenfor



For at forvente compliance er det nødvendigt at patienten har en forståelse for sygdommen, årsag, behandling mm., som jo i den grad er påvirket af behandlerens kommunikation, men også af hukommelse og erfaring, hvor under medicinsk viden både forudgående men også ny viden fra behandleren må placeres. Samlet set kan forståelse og hukommelse beskrives som påvirkende tilfredsheden, af hvad der i de mest simple tilfælde er en enkelt konsultation.

Desuden afhænger tilfredsheden af; om patienten føler sig set og hørt, støttet emotionelt, er der givet én forståelig forklaring eller er der talt i fagtermer som patient ikke forstår.

Her vil patienten med stor tilfredshed have en større tilbøjelighed til at complie.

Det er altså behandlerens måske vigtigste opgave at sikre patienten er informeret korrekt, i al fald, hvis behandling på nogen måde afhænger af patient selv, hvilket den gør i Danmark, grundet krav om informeret samtykke.

Derfor er det nødvendigt at behandleren sikrer at patient og behandler selv har en fælles forståelse og at skræddersy kommunikationen til patienten, på baggrund af patientens hukommelse, erfaringer og personlighed.

Set med et socialpsykologisk perspektiv er det særligt interessant hvordan patienten attribuerer sygdommen. Har patienten en tendens til intern eller ekstern attribuering, som alt andet lige også påvirker hvor motiveret de er til handlingen og dermed compliance. Hvis patienten "attribuerer sygdommen eksternt" har patienten måske også en tendens til at attribuerer deres "health locus of control" eksternt, selvom de har mulighed for at kontrollere deres sundhed ved at complie. Dette har behandleren mulighed for at påvirke gennem effektiv kommunikation

Desuden kan det være en fordel at behandleren har kendskab til elaboration likelihood model. Behandleren skal gøres sig klart, hvad pågældendes publikum er, personlig fremtoning og deraf følgende troværdighed og budskabet der skal frem og hvordan det fremlægges. Dette skal moduleres til publikummet og deres bedre publikummet informeret og motiveret, des større sandsynlighed er der for compliance.

Dernæst er også sociale relationer af interesse, hvor eksempelvis fordomme kan spille en stor rolle. Såfremt behandleren tilhører en gruppe patienten har stærke fordomme mod, lad det eksempelvis være en jødisk læge for en nynazist, vil patienten formentligt afvise al rådgivning og have en tendens til at være utilfreds med behandlingen og ikke complie.

Kommunikation består af 2 komponenter, afsender og modtager, og begge spiller en rolle i den senere compliance.

Ideelt handler alle behandlere jo ens, grundet deres absolutte objektivitet, men dette er en illusion, som er veldokumenteret (Andersson et al., 1983, Maes, 1989, Bucknall et al. 1986, Marteau og Baum, 1984). Så ikke alene diagnosticerer og vurderer behandlere forskelligt, men anskuelsen og beskrivelsen af samme problem kan også variere og have stor indflydelse på opfattelsen/forståelse hos patienten. (Ogden, J. *Assessing healthcare*).

Eksempler herpå er hvorvidt noget beskrives som reducerer risiko for død eller øger chance for overlevelse. Behandleren har sin egen opfattelse, som uundgåeligt er påvirket af behandlerens erfaring, personlighed mm..

Kommunikative redskaber i patient-behandler forholdet, målrettet tandlæger, er givet af bl.a. Rapp, C. 2009. Her beskrives en række kommunikative strategier for effektiv kommunikation, som bl.a. at den første kontakt er ekstrem vigtig. Her skal der være øjenkontakt, positivitet, ordentligt introduktion mm.. Forhold de fleste kender fra deres almindelige omgang med andre mennesker.

Udover dette er det vigtigt at lytte aktivt og empatisk, kommunikerer tilstrækkeligt og gerne inden evt. utilsigtede hændelser og komplikationer, samt at kommunikationen ikke må blive defensiv som følge af komplikationer.

Det er også beskrevet at mennesker har en tendens til at huske det første der bliver sagt – primacy effekt. Desuden har vi ofte behov for at der bliver understreget vigtigheden af compliance, at informationen bliver gentaget (Ogden, J. *Assessing healthcare*).

Som behandlere er det derfor vigtigt vi strukturerer vores kommunikation med patienterne effektivt og er opmærksom på bl.a. forskellige personligheder og intelligensniveauer, hvis der skal opnås større sandsynlighed for compliance.

Compliance er altså påvirket af et utal af ting, hvoraf ovenstående er langt fra udtømmende.

Desuden er der forskel på mennesker, vi har forskellige personligheder, intelligens, erfaring og opfattelser, hvorfor elementer der påvirker compliance særdeles meget for den ene patient, muligvis har ringe betydning ved en anden patient. Måske kan samme kommunikative strategi eller socialpsykologisk overvejelse endda have en positiv effekt på compliance ved patient A men have negativ effekt hos patient B

Ganske kort kan nedenstående tabel giver et overblik over enkelte risikofaktorer for dårlig compliance og hvordan compliance kan forbedres

Faktorer der nedsætter compliance	Forbedringsmuligheder
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende forståelse for vigtighed af behandling og/eller risiko ved sygdom (her er <i>Illness cognitions</i> central og også noget behandleren bør være klar over)</li> <li>• Glemsomhed</li> <li>• Frygt for reelle eller fiktive bivirkninger (dette har SST erfaret som stort problem under vaccination, med rygter om barnløshed som følge af CoViD-19 vaccination)</li> <li>• Håndteringsbesvær</li> <li>• Pris</li> <li>• Dårlig relation mellem patient og behandler - fordomme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effektiv formidling af information, herunder god kommunikation. Det er også foreslået med skriftlig information, men dette har ikke veldokumenteret effekt (Ogden, J. <i>Assessing healthcare</i>)</li> <li>• Patient-centreret forhold</li> <li>• Opmærksomhed på risikofaktorer</li> </ul>

## 2. Sammenlign 2 modeller for sundhedsrelateret adfærd og diskuter deres relevans for tandlægers kliniske arbejde med patienter.

Indenfor sundhedsrelateret adfærd findes en række modeller, 6 vi er gjort bekendt med, og en række begreber.

Centrale begreber inkluderer ”sundhedsadfærd”, ”sygdomsadfærd” og ”syge-rolle-adfærd”. Disse er beskrevet af Kasl og Cobb og dækker over henholdsvis adfærd der forsøger at undgå sygdom, adfærd der søger hjælp mod sygdom og adfærd der søger at blive rask.

Den mest simple model, Stages of change modellen, beskriver i 5 temporalt følgende trin ”ændring” eller mangel der på af adfærd.

Precontemplation -> contemplation -> preparation -> action -> maintenance

Samt en relapse-tendens der fører tilbage til tidligere niveau.

Mens modellen er relativ god til at beskrive sundhedsrelateret adfærd og ændringer deri, samt evt. intervention målrettet ændring på baggrund af de forskellige ”stages”, er den kritiseret på flere punkter.

Først og fremmest er det svært at bekræfte at ændringer sker så radikalt gennem trin som modellen viser, og det er formentligt mere flydende. Selv hvis det sker gennem trin, kan

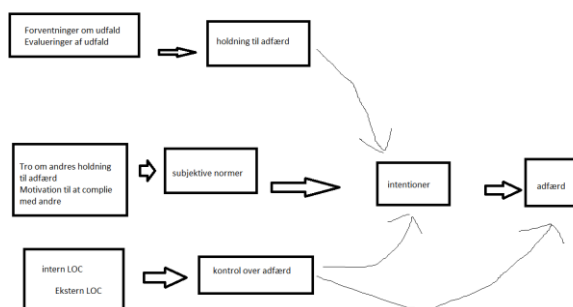
overgang mellem trin ske så tilpas hurtigt, at det er svært at erkende de enkelte trin og dermed også vigtigheden deraf.

I kliniske sammenhæng som tandlæge er det også begrænset hvor effektiv den er som deskriptivt værktøj i forhold til andre modeller. Det store eksempel indenfor odontologien er som altid mundhygiejne, hvor patienten i precontemplation for det meste er tilfreds med deres mundhygiejne, som oftest grundet uvidenhed. Af og til bliver de selv opmærksomme på problemet, enten ved dårlig smag eller lignende, men ofte må tandlægen gøre opmærksom på det og forhåbentligt hjælpe dem på vej til contemplation, hvori de gerne skal vurdere at der er ganske få ulemper ved bedre mundhygiejne men utallige fordele. Derved bevæger de sig forhåbentligt videre til preparation, hvor de gør sig klart, hvad de skal gøre, som dernæst bliver udført i "action". Dernæst kommer maintenance, som i så mange andre situationer er problematisk for mange. Dog er patienterne sjældent opmærksomme på at deres mundhygiejne igen bliver mangelfuld, hvorfor det kan diskuteres om de som sådan relapser. Klinisk vil vi vurdere det som et tilbagefald, men i modsætning til eksempelvis ryger der starter igen er det ikke tydeligt.

Modellen kan derfor vurderes som oversimplificeret, hvorfor en mere udvidet model typisk bedre beskriver situation og derfor typisk også bedre illustrerer potentielle interventionsmuligheder for klinikere.

En sådan model kunne være den sociale adfærdsmode "theory of planned behavior" der også bruges til at beskrive sundhedsadfærd.

Modellen ses simpelt skitseret nedenfor



Modellen inkorporerer holdningen til adfærd, som er et produkt af udfaldet af adfærd og vurdering af udfaldet, subjektive normer, der bygger på opfattelse af normer og pres fra omgangskreds samt vurdering af disse normer og pres, og sidst men ikke mindst hvorvidt det vurderes at en adfærd indenfor eller udenfor ens kontrol.

Hvis denne model benyttes til samme eksempel med mundhygiejne, skal patienten igen gøres klar over behovet for forbedring af denne. Holdningen til adfærd bliver produktet af patientens forventning til effekten af bedre mundhygiejne og vurdering af denne, hvilket tandlægen gerne skulle have gjort klart. Derved kommer der forhåbentligt en positiv holdning til adfærd, bedre mundhygiejne, der driver i retning af en intention om adfærdsendring. Patienten bliver formentlig også påvirket af sin omgangskreds, dels til at gå til tandlæge og lytte på denne, til at børste tænder for at holde disse sunde og modvirke dårlige ånde. Dette kombineret med deres holdning til omgangskreds udmunder ofte i nogle subjektive normer der også driver en intention om adfærdsendring.

Så står blot tilbage spørgsmålet om kontrol og opfattelsen af denne. Det er også her forskellen ses til Theory of reasoned action. For patienten kan have nok så megen intention, men ingen kontrol.

Tænk hvis patienten mangler begge arme og dette er forklaringen på den ringe mundhygiejne/manglende adfærdsændring. Dernæst kan oplevelse af manglende kontrol også påvirke intentionen.

Alt andet lige udpensler TPB de enkelte komponenter mere og kan nemmere bruges til synliggørelse af potentiel årsag til evt. udeblivelse af adfærdsændring.

Dog går modeller sjældent fri af kritik og TPB er ikke en undtagelse. Eksempelvis er der ikke dokumenteret association mellem holdning til adfærd og påvirkning af intentionen, hvilket også kan give problemer i klinikken. Vi møder af og til patienter, vi kan fortælle nok så mange gange at det er vigtigt at børste tænder, patienterne kan være fuldt klar over det, have al kontrol, pres for omgivelser mm., men stadig ikke have en reel intention om forbedring af mundhygiejne. Og i en sådan situation er SOC næsten bedre beskrivende, men stadig ikke årsagsforklarende. Overgangen fra enten contemplation til preparation eller fra preparation til action, sker aldrig. Desuden beskriver SOC et relapse, som vi ofte ser klinisk ifbm. Mundhygiejne, hvilket ikke er tilfældet for TPB.

I tilfælde hvor intentionen til adfærdsændring aldrig opstår, på trods de bagved liggende faktorer ”er opfyldt” kan det sprogligt argumenteres for at eksempelvis HBM er bedre passende, da denne udfalder i en sandsynlighed for adfærdsændring og ikke en intention.

Om end modellerne har deres forskellige svagheder, kan de bruges klinisk til at give behandleren information omkring patient og dermed styrke behandlerens viden om patienten og forhåbentligt derved kunne modulere deres egen adfærd med positiv effekt på compliance.

Det må altså konkluderes at ingen af modellerne til fulde kan beskrive adfærden vi ser hos patienter og at en enkelt model ikke kan udvælges, men snarere at de alle skal forefindes i værktøjskassen, for at vurdere patienternes adfærd og eller mangel derpå.

Desuden må det siges at deres adfærd jo selvfølgelig afhænger af deres opfattelse af sygdommen, illness cognitions, samt patient-behandler forholdet og at disse to variable også er påvirker hverandre.

Opgave 2 er besvaret ved brug af Øverup, C. *Sundhedsadfærd og perception* samt Ogden, J. *Health beliefs*