

Diagnosen som socialt fænomen

Bare fordi lægen har et navn til din sygdom
er det ikke sikkert han ved hvad du fejler

Morten Sodemann
Professor, overlæge, Global sundhed og Indvandrermedicin

 @mortensode

Msodemann@health.sdu.dk

www.ouh.dk/indvandrerklunik

Hvem ville du være mest udfordret af at møde som sundhedsprofessionel?



Anne-Sophie



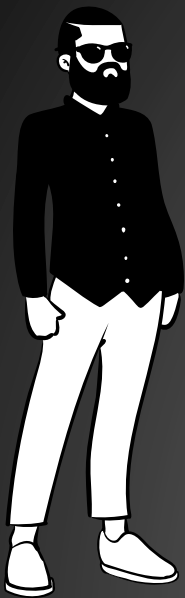
Connie



Karl-Erik



Ditlev



Ditlev.

Elitesprog
Selvbevidsthed
Symbolsk kapital
Netværkskvaliteter
Kritisk videns anvendelse
Forhandlingskompetencer
Regne- og læsefærdigheder
Viden, holdninger & adfærd
Resiliens & modstandsstyrke
Opmærksomhedskompetencer

Anne-Sophie.



Karl-Erik.

Skjulte sociale og psykiske byrder af sygdom og behandling
Syndemisk optræden af sygdomme og social udsathed
Samtidighed i relationel, strukturel og politisk ulighed
Social arv, samlede ressourcer og opvækstvilkår
Kulturel og symbolsk kapital, sundhedskapital
Social kapital, netværk og ensomhed
Irreversibel sygdomsskabt fattigdom
Intersektionel ulighed
Krydsfeltstigma

Connie.





Connie. Irriterende, multisyg, uforudsigelig, doven, ukritisk, stigmatiseret, inkompetent

Vækker empati
Får tilgivelse
Spontan omsorg
Venlighed

Høj social kapital
Stort opmærksomhedskapital
Forhandlingskompetencer
Strategikompetencer
Elitesprog

Anne-Sophie. Irriterende, forstyrrende, egenrådig, overtænkende, kritisk, sygdomsangst, kompetent



Vækker antipati
Får skæld ud
Møder modstand
Mærkværdiggørelse

Lav social kapital
Ingen opmærksomhedskapital
Ingen forhandlingskompetencer
Ingen strategikompetencer
Hverdagssprog



Karl-Erik. Stille, uanselig, skjult alvorlig sygdom, kedelig, ukritisk, ingen redskaber, inkompetent

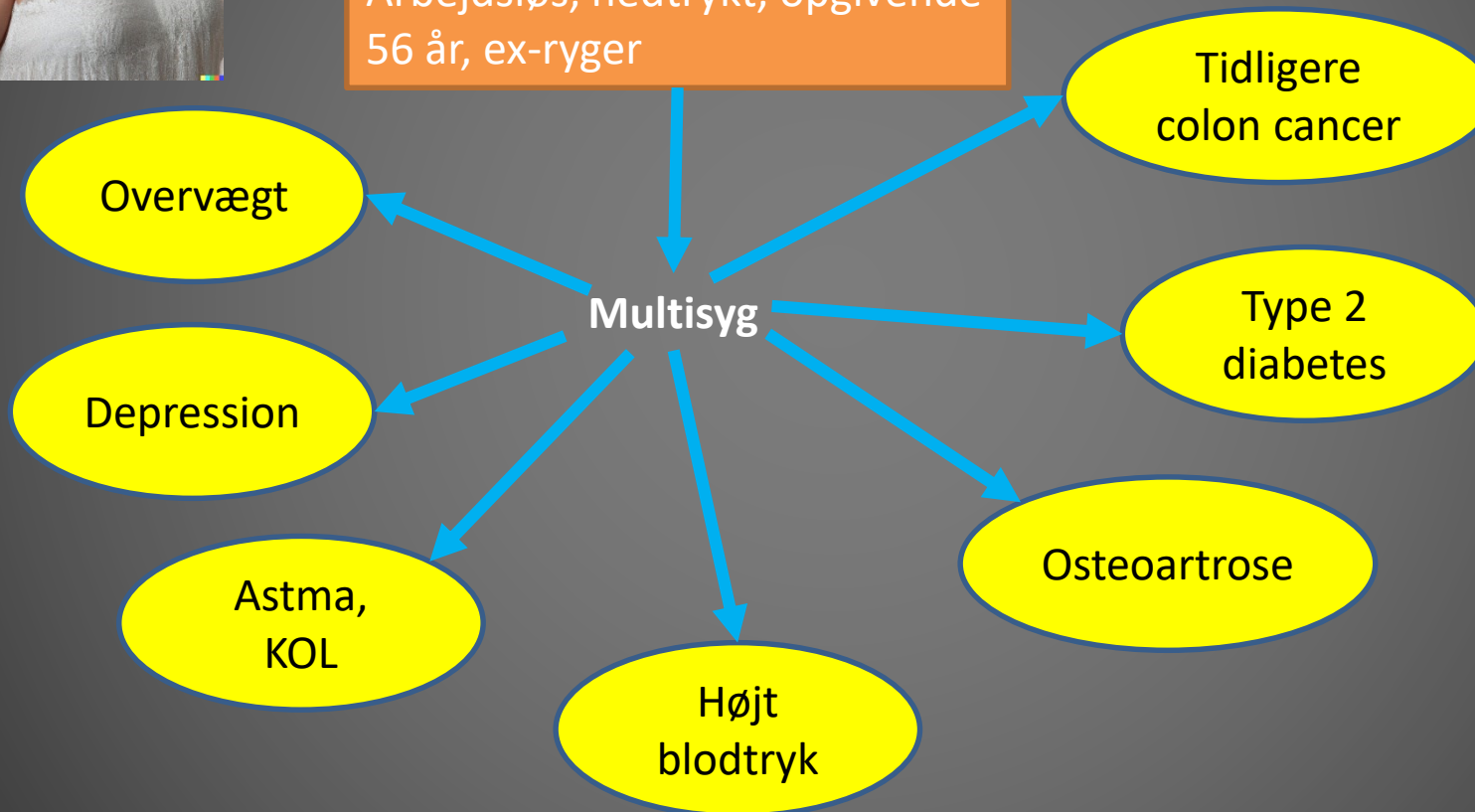
Ditlev. Sød, charmerende, kaotisk, sløset, spiller på appel, ukritisk, inkompetent men har kompetent netværk

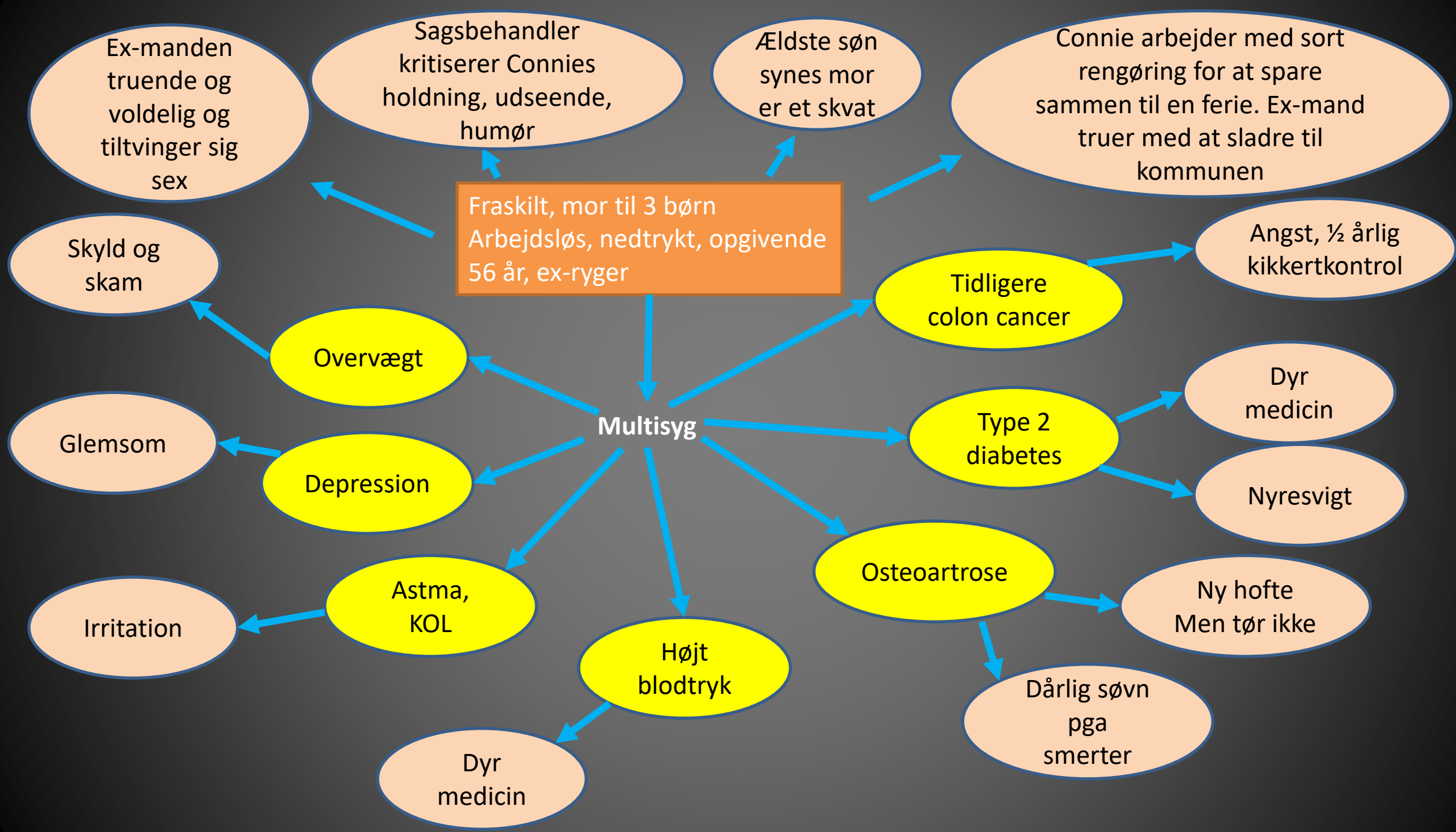


Hvad er egentlig din diagnose, Connie?



Fraskilt, mor til 3 børn
Arbejdsløs, nedtrykt, opgivende
56 år, ex-ryger







Beslutning =
kognitive processer + følelsesrelaterede processer

Ved komplekse problemstillinger
overloades

kognitive processer og erstattes
af følelsesbaserede beslutninger
og KOGNITIVE TRICKS / bias

Kognitive smutveje

Tabel 7. Udvalgte kognitive bias typer og deres kliniske betydning (240, 489, 713, 715-720).

Kognitiv bias type	Klinisk udtryk og konsekvens af bias typen
Blind plet	Manglende erkendelse af at være biased. Erkendelse af at andre kan være biased, men ikke egen bias
Fundamental fejl tilskrivning	Patientens opfattelse af sygdom tilskrives personlighed mere end patientvilkår. Underkender sociale faktorerens kliniske betydning
Falsk enigheds effekt	Systematisk overestimering af enighed med patienter
Hundelort effekten	Komplekst patient problem: Der nok nogen andre, der samler den op. Det er jo ikke min hundelort. Det er ikke min spidskompetence. Det er ikke mit bord.
Den overfyldte skraldespandseffekt	Patientproblem ikke løst, men det egentlige problem er der faktisk ikke interesse for at forstå. Er det fordi, folk ikke tager deres skrald med hjem? Er skraldespanden for lille? Tømmes skraldespanden ikke ofte nok? Er det mågerne, der har hældt skraldet ud?
Uopmærksomhedsblindhed	Patientens problem forsvinder i andre problemer, der overskygger. Eller: Hvis jeg ikke kan løse patientens problem, så er det ikke mit problem.
Gruppehomogenitetsbias	Lægens manglende selvforståelse skaber fordomme og generaliseringer, der skader dømmekraft: Medlemmer af egen social gruppe er mere varierede (mindre stereotype) end medlemmer af andre sociale grupper
Fællesinformationsbias	Bruger mere tid på information, som allerede er bekendt – dvs. fælles (og dermed "sikkert" område), mens der bruges mindre tid på information, der ikke er kendt (ikke-delt og "usikkert"). Holder sig fra slagmarken og følsomme emner. Minimumsdagsorden.

Forankring / fokalisering	Fastholder oplevelse af patienten baseret på første indtryk eller første oplysninger. Fører til sammenhængsbaseret beslutningstagning og frafiltrering af senere relevant patientinformation
Tilgængelighedskaskade	Jo hyppigere man får den samme tanke/ide, eller jo hyppigere en sammenhæng nævnes i offentlig debat/medier, jo mere sandsynlig tror man sammenhængen er (f.eks. HPV, MFR)
Specialiseringsbedrag eller faglig blindhed	Man holder sig mere til specifik/speciel viden, der kun gælder i særtilfælde, end generel basal viden, som er bredere gældende
Empati-mangel	Negligerer eller undervurderer konsekvent betydningen af følelser i beslutninger
Framing effekt	Konklusionen på de samme patientoplysninger er forskellig, afhængig af hvordan man opfatter patienten
Skumfiduseffekten (Hyperbolic discounting)	Stærkere præference for løsninger med umiddelbar effekt end løsninger med effekt på lidt længere sigt. Hyperbole løsninger er løsninger, der efter at have fløjet lidt falder til jorden.
Humørkongruens-effekten	Man opfatter eller husker kun information, som er associeret med den følelse, man har/havde overfor patienten
Årsags-substituering	En kompleks problemstilling erstattes med eller reduceres til forestillingen om en simplere problemstilling med en mere oplagt løsning, som alle kun kan være tilfredse med (men som kun komplicerer hele sygdomsforløbet endnu mere). Mere automatisk, intuitiv (gætter) og mindre reflektiv proces
Varmhåndsfenomenet	Når man har haft succes med en løsning én gang, så virker den hver gang uanset patient og kontekst
IKEA-effekten Not-invented-here effekten	Man føler personlig succes for at patienten har fået bedre sygdomskontrol, fordi man engang har husket at måle patientens blodtryk. Hvis det ikke er et IKEA-skab, man selv har samlet, er det grimt og ubrugeligt. Evidens andre har skabt eller som patienten selv kommer med afvises.
Rim-og-mundrette-sætninger-effekten	Kliniske læresætninger, der indeholder rim og mundrette udsagn, har forrang for evidens og kontekst.
Semmelweis-effekten	Evidens, der modsiger et paradigme, afvises alene af den grund
Irrationel eskalering	Troen på en klinisk beslutning øges, jo mere tid der er brugt på den – dette på trods af tiltagende oplagte argumenter imod den

Beslutningstræthed & mental udmatning – men hvem rammes?

- **Håndhygiejne**

- Dai, Hengchen, et al. "The impact of time at work and time off from work on rule compliance: The case of hand hygiene in health care." *Journal of Applied Psychology* 100.3 (2015): 846.

- **Stuegangsfejl på børne intensiv**

- Friedman, Matthew L., and Mary E. McBride. "Changes in cognitive function after pediatric intensive care unit rounds: a prospective study." *Diagnosis* 3.3 (2016): 123-128.

- **Medicinfejl på voksenintensiv**

- Gander PH, Merry A, Millar MM, Weller J. Hours of work and fatigue-related error: a survey of New Zealand anaesthetists. *Anaesth Intensive Care*. 2000;28(2):178-83.

- **Medicin og behandlings bivirkninger**

- Patterson PD, Weaver MD, Frank RC, et al. Association between poor sleep, fatigue, and safety outcomes in emergency medical providers. *Prehosp Emerg Care*. 2012;16(1):86-97.

- **Røntgen diagnostik**

- Ruutiainen AT, Durand DJ, Scanlon MH, Itri JN. Increased error rates in preliminary reports issued by radiology residents working more than 10 consecutive hours overnight. *Acad Radiol*. 2013;20(3):305-11.

- **Eksamenstidspunkt**

- Sievertsen, Hans Henrik, Francesca Gino, and Marco Piovesan. "Cognitive fatigue influences students' performance on standardized tests." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 113.10 (2016): 2621-2624.

- **Bank rådgivning & aktiehandel**

- O'Dhaniel, A., Ruth LF Leong, and Yoanna A. Kurnianingsih. "Cognitive fatigue destabilizes economic decision making preferences and strategies." *PLoS one* 10.7 (2015): e0132022.

- **Aggressivt uforsonligt mødesprog**

- Chen J, Demers E, Lev B. Oh What a Beautiful Morning! Diurnal Variations in Executives' and Analysts' Behavior: Evidence from Conference Calls. 2016.

- **Fødevarer kontrol**

- Ibanez, Maria, and Michael W. Toffel. "Assessing the Quality of Quality Assessment: The Role of Scheduling." (2017).

Den information der leder til diagnosen er langt mere usikker end diagnosekodens præcision

Baseret på journal audits er 89 % af diagnoser usikre



Ulighed i information

(Video filmede læge-patient samtaler)

Læger bruger kun den information som patienten spontant kommer med, men filtreret
Gennem lægens opfattelse af patientens troværdighed

Patienter med høj uddannelse, ekstroverte patienter & patienter med stærkt netværk
Blev anset for at være gode spontan informanter og klinisk hjælpsomme ifht at finde en mulig diagnose.

Inviteredes hyppigere til at drøfte differential diagnoser

Introverte patienter, patienter med kort uddannelse, eller ensomme patienter
Svagere diagnostisk fundament, flere gætterier / fordomme
Færre differential diagnostiske overvejelser

J Public Health Manag Pract. 2008 November ; 14(Suppl): S26–S35. doi:10.1097/01.PHH.0000338384.82436.0d.

How Missing Information in Diagnosis Can Lead to Disparities in the Clinical Encounter

Læger vurderer deres egen viden højere end
patientens information – selv i tilfælde hvor
lægen ikke har viden

(Diagnose af neuro lupus)

klinisk disruption

- 30 hospitalslæger observeret 168 timer
 1. Diagnoser er et socialt fænomen
 2. De data & den information, der anvendes til diagnostik er fragmenteret og svær at kombinere
 3. Afledninger og forstyrrelser er det normale under flertallet af intense lægelige kliniske beslutningsprocesser
 4. Tidsbegrænsninger forhindrer effektiv reflektiv diagnostisk tænkning

Physician Recognition of Behavioral, Psychological, and Social Aspects of Medical Care

David S. Brody, MD

Arch Intern Med. 1980;140(10):1286-1289. doi:10.1001/archinte.1980.00330210034019. Text Size: A A A

Article References Comments

ABSTRACT

ABSTRACT | REFERENCES

• Recognition by house officers of easily detectable medication noncompliance, psychiatric disturbances, and recent stressful life events was assessed by means of a structured interview with each patient immediately following the clinic visit, a physician questionnaire, and chart review. The study included 235 patients and 58 interns and residents in internal medicine. Although the house officers were informed of the intent of the study and had their performance reviewed weekly, they failed to recognize 79% of the underconsumption of regular medications, 34% of psychiatric disturbances, and 76% of patients' recent stressful events. Possible explanations for their failures to recognize these behavioral, psychological, and social factors include lack of awareness of their importance, lack of time and skills necessary for their identification, and inability to manage these problems. None of these explanations, however, adequately justifies such results.

(Arch Intern Med 140:1286-1289, 1980)

235 patienter, 8 uddannelseslæger

Overså:

- **79 %** af tilfælde hvor patienten tog **mindre medicin** end ordineret
- **76 %** af tilfælde, hvor pt havde haft klinisk relevant nylig voldsom **stress/social** omvæltning
- **36 %** af tilfælde hvor patienten har klinisk **depression** eller betydelig angst

Konversations analyse:

I 2 ud af 3 læge-patientsamtaler Er patientens eneste bidrag til samtalen: "*hmm....*"

Egentlige ord kommer kun, hvis lægen direkte opfordrer patienten til det!

Medicinsk uforklarede symptomer (MUS)

Bedømte lægens interaktion med patienten (Bedømt ved første besøg og efter endelig diagnose)

Negativ patient kontakt med patienten:

MUS meget hyppigere

Ingen aktionsdiagnose, ingen differentialdiagnoser i starten

Positiv kontakt med patienten:

Tidligere etablering af en preliminær diagnose

Hyppigere en lægelig/medicinsk forklaring

Q J Med 2000; 93:21-28

Original papers

QJM

Medically unexplained symptoms: how often and why are they missed?

C. NIMNUAN, M. HOTOPF and S. WESSELY

Betyder patientens etniske udseende noget for lægens beslutning om KAG?

- Computer baserede testpersoner (skuespil)
- Kvinder og sorte amerikanere begge odds ratio = 0.6 (0.4-0.9) for at blive henvist til KAG med symptomer, der burde udløse KAG

Testpersoner generet fra Framingham studiet

TABLE 5. PREDICTORS OF REFERRAL FOR CARDIAC CATHETERIZATION.*

MODEL AND VARIABLE	ODDS RATIO (95% CI)†	P VALUE
Race and sex as separate factors		
Sex		
Male	1.0	
Female	0.6 (0.4–0.9)	0.02
Race		
White	1.0	
Black	0.6 (0.4–0.9)	0.02
Interaction of race and sex		
White male	1.0	
Black male	1.0 (0.5–2.1)	0.99
White female	1.0 (0.5–2.1)	>0.99
Black female	0.4 (0.2–0.7)	0.004

*Both models included all experimental factors as covariates, as well as the probability of coronary artery disease as estimated after the results of the stress tests were known. The first analysis included only the main effects. The second analysis explored a race–sex interaction.

†CI denotes confidence interval.

Lægernes kommunikationsstil styres af patienternes

- Patienter fra **højere social klasser** er mere aktive, mere følelsesmæssigt ekspressive, og udløser dermed mere information fra deres læge
- Patienter fra de **lavere socialklasser** er ugunstigt stillede på grund af lægernes manglende opfattelse af deres ønske og behov for information, samt deres manglende muligheder for at tage aktivt del i behandlingsprocessen

Kontekst beslutninger

- 84 læger: vurdere en lidt uklar, men almindelig, sygehistorie (AMI skulle være en af de diagnostiske overvejelser)
- 50 % mistænkte AMI fra starten
- 50 % mistænkte fra starten pylret patient med myoser og (mis-) fortolkede symptomer gennem dette filter
- 90 % i begge grupper: "meget sikre"
- **Coherence based (kontekst baseret) beslutningstagning**

Undersøgelse af diagnostiske lægefejl

- Læger der har begået diagnostiske lægefejl:
- 1) mere selektive i informations anvendelse,
- 2) mere selektive i den kognitive bearbejdningen af den udvalgte kliniske information
- 3) mere upræcise og overfladiske i udelukkelse af andre diagnoser
- 4) ignorerer betydningen af co-morbiditet

Hyppigste fejl skyldtes en kombination af

- at lægen ikke brugte fornøden tid på at **lytte**
- forsømte at indsamle al relevant **information**
- Forvirres af for mange, irrelevante, **undersøgelser**

Ulighed har mange mærkelige ansigter

- Nogle historier gider vi ikke høre
- Nogle skal gentage deres historie
- Andres historie forbliver en stiliseret arketypisk historie
- Andre bliver aldrig bedt om at fortælle deres historie
- De flestes historie er en falsk digital copy-paste historie

Læger i opråb: Patienter fortæller deres sygehistorie igen og igen – der er kun én vej

KRONIK

Thomas B. Ibsen,
Ole Hartling,
Kristoffer Marså og
Per Sjøgren

Vi er alle afhængige af og interesserede i et velfungerende og omkostningseffektivt sundhedsvæsen. Det gælder vores helbred. Det gælder også vores pengepung. Derfor er Etisk Råds advarende ord i redegørelsen »Omsorg i sundhedsvæsenet« vigtige: »Omkostningsbevidstheden må dog ikke blive så dominerende, at det bliver på bekostning af omsorgsbevidstheden. Omsorg må ikke 'glemmes' ud fra en tro på, at den indfinder sig af sig selv. For det gør den ikke.«

Det danske sundhedssystem er under pres. I Danmark brugte vi i 2021 10,8 procent af bruttonationalproduktet på sundhed, hvilket er over gennemsnittet i EU. Til trods for det ser vi et fald i aktiviteten, selvom der i årene 2019-2022 er kommet mere personale.

Hertil kommer, at der i fremtiden bliver et større antal ældre med kroniske sygdomme. Mange lider af flere sygdomme på samme tid, en tilstand som kaldes multisygdom. Det vil indebære en betydelig økonomisk omkostning. Allerede i 2017 stod ti procent af borgere med en eller flere kroniske sygdomme for 59 procent af de samlede sundhedsudgifter. En del af de høje udgifter skyldes, at cirka 11 procent af patienter, som udskrives fra et hospital genindlægges inden for 30 dage.

Manglende koordination fører til spild
I dag er der omkring 240.000 danskere med fire eller flere samtidigt forekommende kroniske sygdomme. Der er mange medicinske specialer involveret i behandlingen af det enkelte menneske med multisygdom.

Et stort problem er, at der mangler koordination mellem behandlingerne, hvilket medfører, at patienterne skal holde rede på mange konsultationsaftaler måske ovenikøbet på flere forskellige hospitaler. Informationsudvekslingen mellem hospita-

lerne og mellem hospitaler og kommuner er ofte mangelfuld, hvilket kan medføre misforståelser.

Patienterne skal bruge tid på at genfortælle deres sygehistorie og tid på at vente og blive transporteret mellem forskellige hospitaler. En særlig problemstilling gør sig gældende for kræftpacienter. Her er den tumorrettede behandling i fokus, og trods kræftpakker med tilrettelagte behandlingsforløb sker det ofte, at den lidende patient overses. Patienter med multisygdom behandles med mange slags forskellig medicin, som, når de tages samtidig, kan medføre en forøget risiko for svære og til tider livstruende bivirkninger. Det er vanskeligt for patienten at holde regnskab med, hvad der skal tages hvornår og hvordan, hvilket let kan medføre fejl. Da den enkelte speciallæge ikke nødvendigvis har det fulde overblik over al den medicin, patienten modtager, kan det være vanskeligt at prioritere mellem behandlingerne.

Et samlet ansvar for patienten

Den manglende koordination har konsekvenser for patienter med multisygdom. Det er således påvist, at patientforløb med fokus på forbedring af egenomsorg, mental sundhed, aftaler for patientbesøg og sikring af en plan for det enkelte patientforløb fremmer den sundhedsrelaterede livskvalitet, det mentale helbred og nedsætter risikoen for tidlig død. Et stort og ofte udtrykt ønske fra patienter med multisygdom og kræft er, at der findes en koordinerende enhed med en fast kontaktperson, som patienten kunne henvende sig til, og som kunne tage sig af patienten som en helhed.

Derfor er der al mulig god grund til, at regeringen har nedsat en sundhedsstrukturkommission. Kommissionen skal blandt andet se på opgavefordelingen i sundhedsvæsenet således, at der bedre kan udarbejdes

»Vi skal tænke nyt. Vi skal tænke bæredygtigt, og genbruge hvor det giver mening, men i nye sammenhænge. Vi skal indtænke omsorg og lindring i alle retningslinjer, som omhandler mennesker med livstruende sygdomme,« mener Thomas B. Ibsen, Ole Hartling, Kristoffer Marså og Per Sjøgren. Foto: Niels Ahlmann Olesen



en sammenhængende plan for behandling, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet. Endvidere skal det undersøges, hvorledes det nære sundhedsvæsen kan styrkes og blive mere bæredygtigt gennem forbedring af omkostningseffektiviteten, forebyggelse af genindlæggelser og reduktion af unødigt brug af specialiserede funktioner.

Bedre livskvalitet i den sidste tid

Når talen falder på sundhed, tænkes der ofte på forebyggelse og behandling af sygdomme, men sjældnere på, hvorledes patienter og deres pårørende bedst hjælpes, når sygdommen er så fremskreden, at helbreddende behandling er udsigtsløs.

“Patienterne skal bruge tid på at genfortælle deres sygehistorie og tid på at vente og blive transporteret mellem forskellige hospitaler. En særlig problemstilling gør sig gældende for kræftpacienter.



Helle Sofie Wentzer

Menneskelige faktorer i forsinket diagnostik

Et litteraturstudie

Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning

Point-sygdomme er livsfarlige for sårbare

Konklusion

vikle alternative, mere patientinddragende strategier. Diagnoseproblestillingerne lader sig ikke ignorere væk.

Flere af artiklerne anlægger et samfunds- og oplysningsperspektiv på særskilte diagnoseforsinkelser, fx i form af:

- Patientoplysning og debat på et alment samfundsmæssigt niveau i relation til SLE (Stockl 2007) og endometriosis (Seear 2009).
- Forbedring af lægeuddannelsen (Ring et al. 2005, Müller-Schwefe 2011).
- Mere målrettet indsats i klinisk praksis med kommunikations- og diagnoseværktøjer i forbindelse med:
 - demens (Derksen et al. 2006)
 - diagnose, behandling og behandlingsplan for fysiske smerter (Müller-Schwefe 2011)
 - selve lægens diagnoseproces (Ring et al. 2005, Segal 2007, Nack 2008)
 - kommunikationsstrategisk ved at inddrage patienten, dennes situation, viden og de diagnostiske dilemmaer ind i selve konsultationsprocessen (Stockl 2007, Nack 2008, Müller-Schwefe et al. 2011).
- At give patientens viden og situation øget indflydelse på den diagnostiske proces med henblik på:
 - at øge compliance/behandlingens kvalitet (Stockl 2007, Nack 2008, Segal 2007, Müller-Schwefe et al. 2011)
 - at formindske den eksistentielle usikkerhed og konflikt mellem patient og lægesystem (Stockl 2007, Nack 2008, Segal 2007).

Det følgende afsnit sammenfatter og udleder barrierer og interventioner fra litteraturbeskrivelserne i relation til de konkrete diagnosekategorier.

7.2 Barrierer og interventioner for de forskellige typer diagnoseforsinkelser

De ovennævnte beskrivelser af litteraturen om menneskelige faktorer for forsinket diagnostik angiver forskellige faktorer for patientforsinkelser, lægeforsinkelser og forsinkelser fremkommet ved deres interaktion af givne sygdomme. Følgende er en samstilling af de faktorer, der for de konkrete sygdomme virker som en barriere for udredning og diagnose, og en udpegning af de interventioner, som litteraturen forventer, kan mindske forsinkelsen. Ved enkelte sygdomme, fx tuberkulose, er litteraturen ret omfattende og synliggør flere barrierer og mulige interventioner. Andre diagnoser er udeladt, fx harepest, da studiet bekræfter, at diagnoseforsinkelsernes antal er faldet efter intervention med øget oplysning til lægerne omkring sygdom-

me. Lægerne er blevet mere opmærksomme og villige til interventioner der kan afhjælpe disse forsinkelser.

Blodprop i lungerne

- Barriere for diagnosticering af blodprop i lungerne er behandlingsformen, således at medicinske patienter oplever længere forsinkelse end kirurgiske patienter.
- Intervention er bedre diagnosemuligheder for medicinske behandling.
- Kontekst: Tyrkiet.

Slagtilfælde

- Barriere for slagtilfælde er patienter, der ikke forstår eller genkender deres symptomer.
- Intervention: Uddannelse, at øge den almene viden om slagtilfælde i befolkningen.
- Kontekst: generelt litteraturstudie.

HIV-smitte

- Barriere for HIV-diagnosticering er patienternes alder, således har ældre patienter større risiko for forsinkelse.
- Intervention er ikke nævnt, men det må antages, at det er et lægefagligt ansvar at være vidende om, at høj alder ikke udelukker seksuelt overført smitte.
- Kontekst: England.

Tuberkulose

- Barriere for diagnosticering af tuberkulose er patienter med EPTB (extrapulmonær TB) frem for PTB (pulmonær TB), at patienter ikke har tilstrækkelig viden til at søge læge, at patienten er kvinde, lider af alkoholisme, er over 14 år og ikke har luftvejsymptomer.
- Intervention: Øget national opmærksomhed generelt og mod emigranter fra lande med høj forekomst af tuberkulose.
- Kontekst: Spanien, Danmark og Japan.

Galdeblærebetændelse

- Barriere: Med henblik på at forebygge koldbrand (gangrenous cholecystitis) skal patienter med akut kolecystitis, hvoraf der er flest kvinder, søge læge hurtigere.
- Kontekst: Italien.

Endometriose

- Barrierer er lægers normalisering af symptomer, social stigmatisering og selve undersøgelsesmetoden, da den kun kan diagnosticeres ved hjælp af endoskopi.
- Intervention: Mere oplysning i skolerne og bedre diagnosticeringsmuligheder.
- Kontekst: Australien, UK.

Leddegigt

- Barrierer er andre etnisk betingede forklaringsmodeller for smerter, deres oprindelse og behandling hos sydasatiske kvinder end den vesterlandske medicin.
- Intervention: Forståelse af årsager til, at kvinderne ikke går til læge, kan bidrage til udvikling af interventioner, bl.a. med mere information om sygdommen i radio og tv.
- Kontekst: UK.

Hvornår bliver ”noget” til noget rigtig alvorligt?

Den sproglige forandringskompetence er en kraftig ulighedsfaktor

Anelse → fornemmelse → ulmen → skidtmas → en tøddel
værrer → → ulmen → ubehag → jag → symptom → akut →
livsfarligt → for sent

Sygdomme der i særlig grad kræver forhandlingskompetencer hos patienter og pårørende

- Sygdommene er karakteriseret ved
 - snigende / langsom udvikling,
 - vage symptomer – uklare begrebsanvendelser bliver let afvist som utroværdige/uvæsentlige
 - patienter med sparsomt ordforråd

Stigmatiserende sprogbrug i journalen

Påvirker lægelige beslutninger negativt i årevis
efter primære journalnotat

PROFESSIONALISM AND MORAL BEHAVIOR: DOES A PROFESSIONAL
SELF-CONCEPTION MAKE ONE MORE UNETHICAL?

by
Maryam Kouchaki Nejad Eransadati

A dissertation submitted to the faculty of
The University of Utah
in partial fulfillment of the requirements for the degree of

Doctor of Philosophy
in
Business Administration

David Eccles School of Business
The University of Utah
August 2012

De skjulte uligheder

Jo mere professionel man opfatter sig selv, jo mere
uetiske og amoralske beslutninger træffer man
(læger, jurister, revisorer vs. Ledere med korte/mellem lange uddannelser)

Hvordan stiller man sikre diagnoser med ubehagelige kolleger?

Sir, This "snowflake generation" of young doctors, largely female and selected on mainly academic excellence, clearly did not do their homework. Medical training and practice is brutal and demanding, with long hours, and bullying happens. Sexually inappropriate comments and actions do occur. It is stressful. All I can say is that if they want to make a success of this rewarding career then they should toughen up. Perhaps four A*s at A-level are not the answer to all the problems they will face.

Dr Peter Hilton

Consultant anaesthetist/intensivist 1986-2020; Haverfordwest

Letter to the editor. Peter Hilton. The Times 10 september 2023

Liver surgeon Simon Bramhall marked initials on patients

13 December 2017



<https://www.bbc.com/news/uk-42344180>

Alt det med småt

Opmærksomhedspunkter i diagnostisk mikroulighed

- Nag...
- Kan jeg lide dig: Sødme
- Kontekst (emne, lyd, farver, møbler, stemning, blodsukker, stresstemperatur)
- Fonetik & mimik: Lyde, pauser
- Uklart moment i samtalen (hvornår må man spørge)
- Utydelig turtagning (skift i perspektiv)
- Mentaliserings spring
- Utydelig relevans eller misidentifikation
- Humor, ironi
- Social bonding
- Sikkerhedszone
- Aktiv invitation - videns aktivering
- Potentielt empatiske muligheder (spor & ledetråde)
- Lytter mhp at afbryde eller aktiv lytning (mænd afbryder hyppigere end kvinder)
- Uligheden i at blive set, hørt og forstået: opmærksomhedskapital

Bevidst empatisk afkobling – KAMP teknik

- Vi opbygger antipati, hvis vi oplever at patienten
 - er besværlig
 - ikke vil blive i patientrollen
 - ikke bliver rask
 - får uventede symptomer
 - Sygdommen uden diagnose udvikler sig
 - ikke lyster
 - Ikke ligner én selv
 - Er usympatisk
 - Er kedelig
 - skal sælges til et andet speciale (KAMP)

Mizrahi, Terry. "Getting rid of patients: contradictions in the socialisation of internists to the doctor-patient relationship." *Sociology of health & illness* 7.2 (1985): 214-235.

Das, V. (2007). *Life and world: Violence and the descent into the ordinary*. Berkeley, CA: University of California Press.

Kleinman, A., Das, V., & Locke, M. (Eds.). (1997). *Social suffering*. Berkeley, CA: University of California Press.

Vi er utroligt afledningsparate

METRO

LIFESTYLE



Rescuers learn that the 'exotic' bird they found was actually a seagull covered in curry

 **Comment**



(Picture: Jeff Moore)

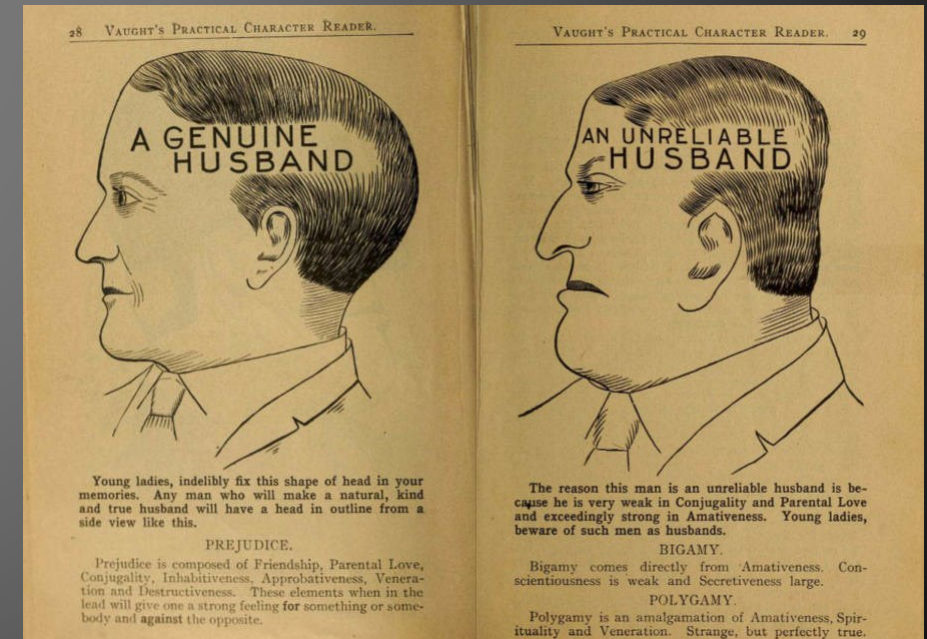
Mønstergenkendelse og kategoriske patientbetragtninger gør os til lette ofre for vores dovne underholdningsdrevne hjerne



”De ressourcesvage patienter får megen opmærksomhed – især hvis de er søde og taknemmelige. Men mange skaber også store frustrationer hos personalet, fordi de opfører sig anderledes end forventet. De kan virke irriterende, fordi de ikke kender de uskrevne regler på hospitalet. Det gælder også nogle af de etniske minoriteter, som ikke opfører sig, som personalet forventer det. ”

Patients *modfortællinger* er skjult for læger

Basale standardfortællinger om patienter (master narratives) er ofte arketypiske (almentmenneskelige og evigtgyldige) med standard plots og let genkendelige persontyper



”Sundhed er underskud af sygdom”

Måske vi kunne øge diagnosesikkerheden ved at have en sundere diskussion om hvad sygdom er

6 kognitive smutveje der kan føre til diagnosefejl

1. Mine erfaringer er en sikker referenceramme
2. Jeg er god til at bedømme hvordan verden ser ud
3. Jeg er et godt menneske
4. Mit team er en god referenceramme
5. Mit team er et godt team
6. Menneskers egenskaber bestemmer diagnosen – ikke konteksten

Vi kommer hver især med fordomme & bekvemme antagelser om verden og mennesker

Men det er uddannelse, politik, organisationen, ledelsen, strukturerne og kulturerne der reproducerer og forstærker dem