

Psykologiske interventioner i kostvejledning

Med en forebyggelsesplan, som den der forventes iværksat i forbindelse med regeringens kvalitetsreform, er der al mulig grund til at sætte ind med kvalitetsudvikling af kostvejledning til forebyggelse af livsstilssygdomme. Her udgør styrkelse af diætisters kompetencer til at varetage de psykologiske aspekter af kostvejledningen et vigtigt indsatsområde.



Annette Kragh

Der er empirisk indikation for, at effekten af kostvejledning øges, hvis diætisten kombinerer kostinterventioner med motiverende og adfærdregulerende interventioner (1). Spørgsmålet er, hvilke kompetencer diætister har brug for. På baggrund af et litteratur-

studie foretaget på Suhr's Seminarium (2) fremdrages der i artiklen nogle hovedpointer vedrørende psykologiske interventioner i en vellykket kostvejledning. Mange elementer indgår allerede i kliniske diætisters uddannelse og praksis. Formålet er ikke så meget at introducere nye metoder som at give et samlet overblik, til brug for den fortsatte drøftelse af diætisters vejledningsmæssige kompetencer som aktører i en forebyggende indsats.

Kostvejledningens pædagogiske udfordring

Kostomlægning kræver såvel kortsigtede præstationer som langsigtet kompetenceudvikling. I en forebyggende kostvejledning, hvor det er ambitionen, at klienten ikke alene skal udvise compliance med diætistens anvisninger, men også udvikle kompetencer i selvhjulpenhed og egenomsorg, er det vigtigt, at klienten udover information om gavnlige kostændringer, også støttes aktivt i at gøre kostomlægningen begribelig, meningsfuld og håndterbar og dermed opleve sammenhæng i sit omstrukturerede kostrelaterede liv (3). Løsning af denne opgave indeholder en række indbyggede udfordringer for den professionelle kostvejleder.

For det første er mad en daglig fornødenhed. Kostomlægning kræver modifikation, ikke elimination af adfærd som det er tilfældet ved misbrugstilstande. Erkendelsesmæssigt er det vanskeligere at foretage en omstrukturering end en enten/eller løsning.



Det er vanskeligere at begribe, hvad kostomlægning går ud på, end at forstå hvad det vil sige at ophøre med misbrug af alkohol eller tobak. Endvidere kan der opstå tvivl, om man har levet op til målet. Det er ikke så vanskeligt at konstatere, om man er holdt op med at ryge som at afgøre, om man har spist tilstrækkelig fedtfattigt.

For det andet kan det, ligesom ved ophør af misbrug, være svært at fastholde meningen med og dermed motivationen for at ændre sin kost, idet mærkbare gevinster har en lang tidshorisont, mens tab i livskvalitet opleves inden for en kort tidshorisont. Oplevelse af kortsigtede negative konsekvenser vil ofte overdøve de langsigtede positive konsekvenser.

Når det for det tredje kommer til håndtering af nye kostvaner i hverdagslivets praksis, er der i hvert fald to forhold, der komplicerer sagen. Dels er det ikke en enkeltstående adfærd, der skal ændres, men et komplekst mønster af kostrelaterede vaner, der skal omstruktureres. Dels er kostvaner dybt forankret i den sociale kontekst. Mad er en central del af vores kultur. Vi bevæger os så at sige aldrig i et 'madfrit' miljø.

En række psykosociale forhold har derfor afgørende betydning for, om det lykkes at omlægge kostvaner i praksis, og diætisters traditionelle interventioner i form af information, instruktion og argumentation er ikke altid tilstrækkelige for et vellykket resultat.

Relation og metode

Det drøftes i øjeblikket i psykologisk faglitteratur, om det er de specifikt anvendte metoder eller de såkaldte uspecifikke faktorer i relationen mellem behandler og klient, der er afgørende for behandlingens effekt. Når det drejer sig om kostvejledning må der, så vidt jeg kan se, være tale om et både/og. Klienten befinder sig ofte i en sårbar position. Kostvaner opleves som et personligt anliggende med berøring til helbred, livsværdier og identitet, og kostomlægning har ofte en stærk, følelsesmæssig betydning for klienten. Det er derfor af stor vigtighed, at klienten oplever tryk, tillid og respekt i relationen til diætisten.

I kostvejledning er en god relation en nødvendig, men ikke en tilstrækkelig betingelse. Klienten har også brug for viden om kost og ernæring og for konkrete metoder til at omsætte sin viden til praksis. Der er brug for, at diætister kan kombinere kostinterventioner med psykologiske interventioner og veksle mellem empatiske interventioner og metodiske interventioner på måder, der er formålstjenlige for klientens individuelle, selvregulerede livsstilsomlægning.

Kostvejledning fordrer således stor faglig viden, talent for menneskelige relationer og metodisk træning og erfaring. At identificere de psykologiske interventioner vedrørende relation og metode, der har specifik værdi i kostvejledning, må regnes for et vigtigt indsatsområde. Fra ovennævnte litteraturstudie (2) vil jeg fremhæve følgende hovedpointer.

Empati

Empati har betydning ikke alene for opretholdelse af en funktionsdygtig arbejdsalliance mellem klient og vejleder, men også for klientens selvværdsfølelse og motivation. Den empatiske behandler sanser klientens indre private verden og forstår den personlige betydning, klientens situation har for ham eller hende (4). Der er empirisk belæg for, at empatiske behandlere har større succesrate end behandlere, der opleves uempatiske (4,5).

Klienten må føle sig forstået og respekteret fra først til sidst, uanset adfærd, viden, holdninger og kultur. Der synes ikke at herske tvivl om, at diætistens præcise, empatiske indlevelse i klientens kostrelaterede liv gennem hele forløbet er en betingelse for vejledningens heldige udfald.

Det er ikke nok, at behandleren oplever sig selv som empatisk, det afgørende er, hvad klienten oplever. Det interessante er her, at der langt fra altid er overensstemmelse mellem behandleres og klienters oplevelse af relationen dem imellem (6). Det er altså afgørende at skaffe sig kendskab til klientens oplevelse af relationen til diætisten, fx i forbindelse med en systematisk evaluering af vejledningen.

Mål, emotioner og ressourceforestillinger

Ligesom empati er motivation ikke en fast størrelse, men en soci-

al proces, og alt hvad der foregår mellem diætist og klient kan påvirke klientens motivation. Psykologisk forskning peger på, at det generelt set især er vigtigt at være opmærksom på samspillet mellem klientens mål, emotioner og ressourceforestillinger (7). Mål spiller en ledende rolle i motivation til livsstilsændring. Mål er psykologiske processer, der forudgriber en ønsket fremtidig tilstand og forbereder personen på at søge at skabe den ønskede fremtid (7). Ofte er der ved vejledningens start tale om vage forestillinger om, hvad man er optaget af, bekymrer sig om, sætter pris på. Afklaring af personlige mål er derfor en central og kritisk opgave i enhver kostvejledning. Den viden, der findes i dag, indikerer, at kostomlægning bedst sker ved gradvis ændring, styret og motiveret af en række kortsigtede delmål. Klienten skal assisteres i at finde frem til personligt relevante mål, der er ernæringsfagligt begrundede, konkret handlingsanvisende samt opnåelige for klienten inden for en overskuelig fremtid, uden at det langsigtede mål tabes af syne. Det kan være en god idé at opfordre klienten til at eksperimentere med at ændre kost, idet praksiserfaring er en forudsætning for at foretage en realistisk målsætning.

Emotioner eller følelser har en aktiverende funktion og gør personen handlingsparat, de er motivationsprocessernes væsentligste energikilde. Positive og negative følelser giver personen evaluende information om handlingens personlige relevans (7). Emotioner er vidnesbyrd om, at der er noget vigtigt på færde for personen. Diætisten får sandsynligvis større held til at vække klientens motivation, hvis hun lytter til, hvad klienten forbinder med positive og negative følelser i forbindelse med kostomlægning, end hvis hun alene argumenterer ud fra sin faglige viden.

Fx er det vigtigt at være opmærksom på, om påpegnings af mulige helbredsrisici i klientens livsstil vækker negative følelser af angst eller vrede, der kan resultere i blokerende copingstrategier som benægtelse og trods. For at reducere sandsynligheden herfor, må risikokommunikation altid følges op med realistiske handlemuligheder (8).

Ressourceforestillinger indeholder evalueringer af forventninger til, om de nødvendige ressourcer for at nå et mål er til stede. Ford (7) skelner mellem kompetenceforestillinger, som er evalueringer af, om man har tilstrækkelige personlige færdigheder og kontekstforestillinger, som er evalueringer af, om man kan finde tilstrækkelig støtte i omgivelserne. Begge ressourceforestillinger influerer på og interagerer i klientens motivationsproces. Tiltroen til omgivelserne påvirker tiltroen til egne evner, og omvendt, i et individuelt samspil, som det er væsentligt at afklare sammen med klienten. Vægtningen mellem de to sæt af forestillinger synes at være kultureafhængig (3). Kulturel sensitivitet (9), dvs. følsomhed overfor, hvad der er kulturbestemt i klientens adfærd, har derfor central betydning for diætistens præcise empati.

Self-efficacy

Oplevet self-efficacy har vist sig at være en fundamental kompetenceforestilling, i hvert fald i en vestlig kulturkreds. Begrebet refererer til en persons vurdering af egen evne til at gennemføre en intenderet handling og dermed udøve kontrol over begivenheder, der påvirker personens liv. Der er empirisk evidens for, at ingen personlig ressource er mere afgørende for vore handlinger (10,11). Studier af sammenhængen mellem self-efficacy og kostadfærd peger i samme retning, nemlig at ændringer i self-efficacy og i kostmønster følges ad (12,13).

Self-efficacy har afgørende betydning for menneskers præstationer og livskvalitet. En persons self-efficacy bestemmer, hvilke opgaver, personen går i kast med, hvorvidt en vanskelig opgave opleves som en trussel eller en udfordring, hvor ambitiøse mål, personen sætter sig, hvor megen tid og kræfter, personen investerer i opgaven, samt personens følelsesmæssige reaktioner på succes og fiasko. Kort sagt, så er stærk self-efficacy forbundet med en konstruktiv og produktiv tænkning, mens svag self-efficacy er forbundet med en destruktiv og uproduktiv tænkning (11). At ændre adfærd er derfor ikke så meget et spørgsmål om 'viljestyrke', men om tiltro til egen mestringssevne. Banduras forskning viser, at den optimale self-efficacy er optimistisk, uden at blive urealistisk (11).

Når personlige mål er identificeret og det første delmål er aftalt, skal der foretages en undersøgelse af klientens self-efficacy forventning i relation til at gennemføre de handlinger, der fører til opnåelse af delmålet. Det har vist sig, at self-efficacy er opgavespecifik. Det giver ikke mening at tale om, at en person har en høj eller lav self-efficacy på samme måde, som vi kan tale om høj og lav selvtillid. Self-efficacy opleves altid i forhold til 'noget', til en specifik opgave. Der er ikke tale om personlighedstræk, men om situationsafhængige forventninger, som det er muligt at ændre gennem erfaring. Erfaringer, der fører til mestrings- eller succesoplevelser er den primære kilde til styrkelse af self-efficacy, og det er derfor uhyre vigtigt, at klienten oplever at lykkes. Diætisten kan facilitere processen ved at skabe mulighed for, at klienten kan tage de første skridt til handling i en eksperimenterende, empatisk og respektfuld atmosfære, hvor der fokuseres mere på processen og bekræftelse af klientens anstrengelser end på resultatet.

Det er en udbredt opfattelse, at klienter skal 'tage ansvar' for deres helbred og sundhedsadfærd, dvs. opleve intern locus of control, for at livsstilsvejledning kan føre til resultater. Empiriske studier indikerer imidlertid, at en persons tilbøjelighed til at gribe ændrende ind i sin kost- og spiseadfærd er langt tættere forbundet med personens forventninger til specifik adfærd end med personens mere generelle opfattelser af kontrol med begivenheder i sit liv (13-15). I kostvejledning har klienten derfor som regel

mere brug for at justere sine forventninger til at kunne udføre konkrete handlinger end for at engagere sig i selvudvikling.

Samspelet mellem kognitioner og emotioner

Selv med højt prioriterede mål og høje ressourceforventninger sker det, at klienten ikke virkeliggør sine intentioner om kostændrende handlinger i praksis. Et første skridt til at forstå dette er at erkende, at kognitioner og emotioner spiller sammen. Dette gør sig ikke mindst gældende i relation til mad og spising, hvor der ofte er stærke positive og negative følelser involveret.

Nyere kognitiv forskning gør det muligt at forstå, at menneskets tænkning i dagliglivet gennemgående er irrationel, på trods af evnen til rationel tænkning (16). Det er klart for os, at vores følelser farver vores tanker. Mange er ikke klar over, at samspelet går begge veje, og at vores følelser også påvirkes af de tanker, vi gør os, nemlig af hvordan vi fortolker hændelser i vores liv, ikke af hændelserne i sig selv. "If you want to change the way you emotionally react, you have to change your thinking" (17). For at kunne ændre vanemæssige, følelseladede handlemønstre er det ikke tilstrækkeligt at henvende sig til klientens logiske tænkning. Klientens intuitive tænkning skal også korrigeres. Dette er en af de vigtigste opdagelser i nyere kognitiv forskning.

Epstein (16,17) anfører omfattende empirisk belæg for, at mennesket har to forskellige kognitive systemer ('ways of knowing'), der interagerer med hinanden. Al adfærd antages at være resultat af den forenede operation af de to systemer. Det analytiske system opererer på et bevidst niveau, er primært verbalt, fungerer relativt affektfrit, logisk og abstrakt. Det lærer gennem symbolsprog og er velegnet til at løse abstrakte problemer, som fx forståelse af ernæringsmæssige begrundelser for kostanbefalinger. Det intuitive system opererer på et ubevidst niveau, primært nonverbalt, fungerer automatisk, konkret og associativt. Det er tæt forbundet med emotioner og lærer direkte fra erfaring. Det er helhedsorienteret og opererer hurtigt og effektivt. Det er velegnet til at løse hverdagens velkendte, konkrete spørgsmål, men giver ofte uhensigtsmæssige svar i situationer, der kræver abstrakt forståelse. Stærke følelser og personlige erfaringer vipper balancen i retning af det intuitive system.

I dagliglivet går den intuitive tænkning som regel forud for den mere tidskrævende analytiske tænkning, fordi den opererer hurtigt og automatisk. Dette kan forklare, hvorfor vi, når vi har sat os for at ændre kostadfærd gentagne gange, kan opdage, at vi er kommet til at gøre det, vi bevidst har sat os for at undgå.

Situationen tolkes intuitivt ud fra de konkrete erfaringer, vi tidligere har gjort. Har vi fx oplevet velvære eller beroligelse ved at spise kager, vil vi være tilbøjelige til at falde for fristelsen, selv om vi har en rationel viden om, at det kan være helbredsskadeligt på længere sigt. Den rationelle tanke melder sig ofte først efter, at vi

har handlet på den intuitive tankes tolkning af situationen. Samtalen med diætisten vækker klientens logisk rationelle system. I diætistens konsultation befinder klienten sig på neutral grund i forhold til sit hverdagsliv. Der forklares og argumenteres rationelt og logisk, og der er tid og rum for refleksion. Alt dette kalder på klientens logisk rationelle tænkning. I samtalen med diætisten kan klienten fx godt se, at han eller hun modarbejder sine egne mål med sin livsførelse. Når klienten befinder sig hjemme i sin hverdag, er det imidlertid ofte den intuitive tænkning, der dominerer. Klienten tænker nu ikke så rationelt ud fra den tilegnede viden, men mere følelsesmæssigt ud fra sin egen erfaring. De kortsigtede mål som umiddelbar nydelse, beroligelse eller andre positive følelsesmæssige oplevelser, tager ofte styringen i en automatisk, ubevidst proces, som forløber prompte uden refleksion.

Det er grunden til, at det er så vigtigt i forbindelse med anamnesticke samtaler at undersøge klientens tidligere erfaringer med mad, spisning og måltidsmønster samt madens følelsesmæssige betydning for klienten. Det gør det også forståeligt, at kostændring kræver lang tids erfaringslæring i form af gentagen træning i praktiske hverdagsituationer, og at det ikke rækker med information og instruktion.

Effektiv handlen fordrer et harmonisk samarbejde mellem de to kognitive systemer. Hvis mennesker skal tænke anderledes om deres kost på måder, de kan omsætte til handling i hverdagen, må der ske ændringer i begge kognitive systemer. Ikke alene må klienten tilegne sig en rationel forståelse af kostprincipper og - anbefalinger. Klientens automatiske, intuitive tænkning i den konkrete kostrelaterede situation må også omstruktureres til konstruktiv tænkning, der faciliterer en rationel problemløsning i hverdagslivets praksis. Konstruktiv tænkning er fx at se situationen som en udfordring, fremfor en trussel, at se fejlslagne forsøg som en læringsmulighed, fremfor et nederlag. Destruktiv tænkning er fx at dvæle ved negative hændelser, tænke ekstremt kategorisk og overgeneralisere. Konstruktiv tænkning er forbundet med en stærk self-efficacy, destruktiv tænkning med en svag self-efficacy (17).

Hvis vejledningen skal have succes, fordrer det, at vejlederen kan assistere klienten i at identificere og justere destruktive elementer i den automatiske, intuitive tænkning. Selv om de kan forekomme umådeligt sejlivede, er det vigtigt at huske, at de er tolkningsmæssige faldgruber, der er lært gennem erfaring. Der er altså mulighed for en korrigerende læreproces. Epstein (16,17) peger på tre effektive metoder:

- Kognitiv omstrukturering, hvor den rationelle tanke griber ind og erstatter destruktive tankeelementer med mere konstruktive.
- Erfaringslæring, hvor det intuitive system forsynes med korrigerende erfaring, fx at en ændret kostadfærd mod forventning fremkalder positive reaktioner.

- Vikarierende erfaring, hvor der i fantasien eksperimenteres med nye måder at handle på, inden de afprøves i virkeligheden.

Forandringsprocessen ved kostomlægning

Det er nærliggende at forestille sig, at en person først må motivere for en ændring, før ændringen kan finde sted. Et sekventielt mønster af motiverende processer, efterfulgt af handlingsændrende processer synes også at gøre sig gældende i praksis, når det drejer sig om misbrugsadfærd. Der er evidens for, at ændring af misbrugsadfærd foregår i et generelt mønster af seks stadier, beskrevet i den Transteoretiske Model (18). På de første tre stadier førovervejelse, overvejelse og forberedelse består forandringsprocessen hovedsagelig af kognitive og emotionelle processer, hvor motivationen opbygges på et mentalt plan. I de efterfølgende tre stadier handling, vedligeholdelse og afslutning foregår forandringen på et ydre handlingsplan. Dvs. at effektiv misbrugsbehandling starter med at fokusere på klientens motivation, og derefter koncentrerer sig om ændring af sundhedsadfærden.

Den Transteoretiske Model er en af de mest anvendte modeller ved livsstilsændring, og så udbredt, at dens brugbarhed kan forekomme selvindlysende. Modellen er imidlertid formuleret og hovedsagelig testet i relation til rygning og andre afhængighedstilstande. Dens validitet i relation til kostomlægning er endnu relativt udforsket. Foreløbige empiriske resultater indikerer, at forandringsprocessen har et andet forløb, når det drejer sig om kostomlægning. Ved ændring af kostadfærd ser det ud til, at forandringsprocesserne ikke optræder i det diskontinuerte mønster, der forventes ifølge modellen. Det er bemærkelsesværdigt, at de mentale kognitive og emotionelle processer ikke afløses af handlingsprocesser, men fortsætter sideløbende med disse og endog udviser en lineær stigning gennem stadierne, hvor de ifølge modellen forventes at nå deres højdepunkt i de første stadier. Der synes altså at være tale om et kontinuert, og ikke diskontinuert mønster, hvor motiverende og adfærdsændrende processer er struktureret simultant, og ikke sekventielt (19). I praksis betyder det, at diætisten skal være forberedt på, at klientens mentale motivationsarbejde skal faciliteres gennem hele ændringsforløbet, ikke kun i de indledende stadier, men også gennem de senere handle- og vedligeholdelsesstadier.

Til at understøtte den kontinuerlige facilitering af klientens motivation, kan diætisten finde virksomme midler i Motivations-samtalen, udviklet af Miller & Rollnick (5). Hovedprincipperne består i at udvise empati, vække indre motivation, afklare ambivalens, undgå overtalelse og argumenter, samt støtte selvmotiverende tale. Den motiverende samtale har især gode potentialer for at facilitere afklaring af personligt relevante mål og finde ressourcer til forandring hos klienten selv. Foreliggende forskningsresultater peger på, at motivations-samtalen kan have gavnlig effekt ved livsstilsændring generelt (5).



Studier, der er foretaget af motivationssamtalens effekt ved kostændring specifikt, har ligeledes vist lovende resultater, selv om de lider af en del usikkerhed. Undersøgelser tyder på, at motivationssamtalen giver bedst effekt som supplement til handlingsorienterede interventioner, ikke som alternativ (5). I lyset af resultaterne vedrørende forandringsprocessen, må det antages, at de motiverende samtalemeter er bedst anvendt punktvis gennem hele kostvejledningsforløbet, når der opstår behov herfor, fremfor som forløber for adfærdsregulerende metoder. Rubaks studier indikerer endvidere, at det er muligt at opnå effekt selv ved korte konsultationer helt ned til 15 minutter (20,21). Dette gør metoderne anvendelige, også i en vejledningspraksis, hvor tiden til den enkelte klient er knap.

Diætistens vejledningskompetencer

Der er, som nævnt, empirisk indikation for, at effekten af kostvejledning øges, når kostvejledere kombinerer kostinterventioner med psykologiske interventioner. Af særlig interesse for diætister er det, at effekten ser ud til at være uafhængig af den professionelle uddannelsesmæssige baggrund (20). Diætister kan derfor forvente at opnå gode resultater med kost- og livsstilsomlægning, forudsat at de har den nødvendige træning og erfaring i at anvende psykologiske interventioner i deres vejledningspraksis. Når interventionerne ikke alene skal facilitere compliance, men også selvregulering, er der brug for, at diætister udover information og instruktion kan anvende adfærdsregulerende og motiverende metoder i en empatisk kultursensitiv vejledningsproces, som er pædagogisk tilrettelagt, således at klienten lærer at benytte metoderne på egen hånd i sin specifikke hverdagskontekst.

Diætisten behøver ikke nødvendigvis at være 'psykolog' for at kunne anvende psykologiske interventioner i praksis. At hjælpe klienten i retning af en personlig relevant og realistisk målsætning, styrket self-efficacy og korrektion af destruktive tankemønstre fordrer primært, at diætisten kan assistere klienten i at gøre

nye, positive erfaringer med mad og spisning og tolke sine erfaringer på nye, konstruktive måder. Løsning af denne opgave er oftest mere et spørgsmål om pædagogisk tilrettelæggelse end om psykoterapi. I kostvejledning skal der som hovedregel fokuseres på hverdagslivets madpraksis, og de erfaringer og tanker, klienten gør sig i forbindelse hermed. Når kostomlægning, som det ind imellem hænder, vækker stærke eller konfliktfyldte følelser, er det diætistens opgave punktvis at vise empatisk forståelse for klientens følelser, uden at miste sit fokus på madpraksis.

I de tilfælde, hvor klientens følelsesliv stiller sig hindrende i vejen for kostomlægning, eller hvor klienten midlertidigt eller permanent savner de fornødne psykiske eller sociale ressourcer til at drage nytte af en pædagogisk tilgang, må kostvejledning suppleres med anden form for hjælp af særligt uddannet personale, fx psykolog, læge, psykiater, sygeplejerske, socialrådgiver. Det er vigtigt, at diætister har mulighed for at samarbejde med andre faggrupper, så de med god samvittighed kan koncentrere sig om deres sundhedspædagogiske hovedopgave, nemlig at fokusere på nye muligheder i klientens kostrelaterede liv. Dette betyder ikke, at kostvejledning og selvudvikling er uforenelige. Tværtimod kan kostvejledning, der inddrager psykologiske aspekter på vellykket måde, bidrage til, at klienten bliver mere empatisk overfor sig selv, udvikler større tiltro til egne evner og tilegner sig mere effektive copingstrategier. Hvis kostvejledning således faciliterer selvudvikling, må det opfattes, ikke som vejledningens formål, men som en velkommen sidegevinst.

I forbindelse med diætistens løbende kvalitetsudvikling af kostvejledningen er der derfor god grund til at vurdere, hvilke psykologiske interventioner, det er relevant og muligt at integrere og praktisere i det daglige arbejde.

regli@mail.tele.dk

Referencer

1. Rapoport L, Perry KN. Do dietitians feel that they have had adequate training in behaviour change methods? *Journal of Human Nutrition Dietetics*, 2000; 13: 287-298
2. Kragh A. Vejledning og kostændring. Strategier, processer, metoder. Suhr's Seminarium, 2007
3. Antonovsky A. *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag, 2000
4. Rogers C. The Interpersonal Relationship: The Core of Guidance. *Harvard Educational Review*, 1962; 32: 416-429
5. Miller W.R, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Preparing People for Change*. 2.ed. New York/London: The Guilford Press, 2002
6. Burns DD, Auerbach A. Therapeutic Empathy in Cognitive-Behavioral Therapy: Does It Really Make a difference? In: Salkovskis P (ed.): *Frontiers of Cognitive Therapy*. London: The Guilford Press, 1996
7. Ford ME. *Motivating Humans. Goals, Emotions and Personal Agency Beliefs*. SAGE Publications, 1992
8. Jensen TM et al. *Skræk som virkemiddel i sundhedsfremmende kampagner*. Sundhedsstyrelsen, 2004
9. Bennett JM, Bennett MJ. Developing Intercultural Sensitivity. In: Landis D., Bennett MJ, Bennett JM (eds.): *Handbook of Intercultural Training*. 3.ed. London: Sage Publications, 2004
10. Bandura A. Social Cognitive theory: An Agentic Perspective. *Annual Reviews of Psychology*, 2001; 52: 27-58
11. Bandura A. (2002): Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura A (ed.): *Self-efficacy in Changing Societies*. Cambridge University Press, 2002: 1-33
12. Baranowski T et al. How Individuals, Environment, and Health behaviour Interact. *Social Cognitive Theory*. In: Glanz K et al (eds.): *Health Behaviour and Health Education. Theory, Research, and Practice*. 3.ed. Jossey-Bass, 2002
13. AbuSabha R, Achterberg C (1997): Review of self-efficacy and locus of control for nutrition- and health-related behavior. *Journal of the American Dietetic Association*, 1997; 10:1122-1132
14. Norman P (1994): Health Locus of Control and Health Behaviour: An Investigation into the Role of Health Value and Behaviour-Specific Efficacy Beliefs. *Personality and Individual Differences*, 1994, 18:213-218
15. Norman P et al (1997): Health Locus of Control and Leisure-time Exercise. *Personality and Individual Differences*, 1997; 23: 769-774
16. Epstein S. Integration of the Cognitive and Psychodynamic Unconscious. *American Psychologist*, 1994; 49:709-724
17. Epstein S. *Constructive Thinking. The Key to Emotional Intelligence*. London: Praeger, 1998
18. Prochaska JO et al. The Transtheoretical Model and Stages of Change. In: Glanz K et al. (eds.): *Health Behaviour and Health Education. Theory, Research, and Practice*. 3.ed. Jossey-Bass, 2002
19. Shepherd R. The Use of Stages of Change Model with dietary behaviours. In: Shepherd R, Raats M (eds.): *The Psychology of food choice. The Authors*, 2006
20. Rubak S. Den motiverende samtale – evidensgrundlaget. *Diætisten*, 2005; 76: 8-11
21. Rubak S et al. Den motiverende samtale. Systematisk oversigtsartikel og metaanalyse. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, Januar 2006: 81-94

Diagnosekoder på nettet

Der foreligger nu et gratis online værktøj til at finde og læse Operationskoder og Diagnosekoder på nettet på adresserne www.diagnosekoder.dk og

Koderne er stillet til rådighed af Sundhedsstyrelsen og opdateres automatisk hver tredje måned.

Der er lavet en demonstrationsfilm, som kan ses på adressen www.diagnosekoder.dk.

Hjemmesiden er gratis at bruge og udviklet af læger.

Akut koronart syndrom (AKS), AMI eller ustabil angina pectoris, for

Rotator cuffen består af følgende 4 muskler: subscapularis, supraspinatus

HBsAg, Anti-HBc, anti-HIV 1-2, anti-HCV, Syfilis og NAT*-screening for HIV, H